COMISIÓN PARA EVALUAR EL SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

HACIA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO:

CIUDADANOS DE CONCIENCIA SALUBRISTA, Y UN SISTEMA DE SALUD CON PERSPECTIVA INTERSECTORIAL, HOLÍSTICA. EMANCIPADORA, PROACTIVA Y A BASE DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Noviembre 2005
San Juan, Puerto Rico

1ro. de noviembre de 2005

Honorable Aníbal Acevedo Vilá
Gobernador
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
LA Fortaleza
San Juan, Puerto Rico

Estimado Señor Gobernador:

Me complace acompañarle el Informe de la Comisión para Evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico, organismo creado por usted el 18 de febrero de 2005, en virtud de lo dispuesto en el Boletín Administrativo Núm. OE-2005-13.

El documento que le acompañamos, constituye una evaluación abarcadora del Sistema de Salud existente en el país y propone alternativas de ajustes y modificaciones al mismo, según lo requerido en la Orden Ejecutiva aludida.

El mismo es el resultado de 10 meses de ardua, rigurosa y comprometida labor de los Comisionados y de decenas de profesionales de la salud que a través de nueve comités de trabajo, brindaron su tiempo y conocimiento, de manera generosa y gratuita, para llevar a cabo la tarea encomendada.

A nombre de todos los Comisionados(as) y en el mío propio, debo expresar un especial reconocimiento a la Dra. Elena Batista Valentín quien como Directora Ejecutiva de la Comisión realizó una extraordinaria labor en la coordinación e integración de los trabajos, al Dr. Ángel Luis Rivera y a todo el personal del Centro de Investigación del Cuidado de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Asimismo, agradecemos el respaldo de la Hon. Rosa Pérez Perdomo, Secretaria de Salud, el Lcdo. Salvador F. Rovira, Administrador de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, el Dr. José R. Carlo, Rector del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y a la Gerencia del Centro de Diabetes de Puerto Rico.

Confiamos, que el contenido del documento sea de su satisfacción y contribuya en la importante y urgente tarea de mejorar y fortalecer los servicios de salud que recibe el Pueblo de Puerto Rico.

Finalmente, en el plano personal le agradezco la generosa y honrosa oportunidad de participar en este histórico esfuerzo.

Cordialmente,

Jorge L. Sánchez Colón, M.D.
Presidente

PREFACIO

Durante la década del noventa se inició en Puerto Rico la octava reforma del Sistema de Salud. Esta reforma careció de un estudio y análisis evaluativo ponderado y continuo de las implicaciones de los cambios sugeridos, según su desarrollo en las diversas áreas geográficas de Puerto Rico. Su implantación fue rápida y no se creó un sistema de evaluación en acción, para tomar medidas correctivas, a medida que se implantaba. Tampoco se creó un instrumento de evaluación continuo y sistemático que alimentara los procesos decisorios subsiguientes.

Precisamente, ante esta realidad histórica, y ante la falta de información integral y válida sobre los efectos reales de la octava reforma; la presente Comisión se crea con el interés de llevar a cabo una evaluación abarcadora de la situación prevaleciente al 2005. Esta evaluación conllevó la investigación e identificación de posibles factores causales, a la luz de indicadores de éxito como es la efectividad, la eficiencia y la equidad (Aday, 1998) y a través del diagnóstico situacional estratégico (Ginter, et al. 2000) y la determinación de propuestas de cambio pragmáticas; a la luz de la información recopilada de fuentes primarias y secundarias.

Por lo anteriormente señalado, este documento representa el producto de diez intensos meses de trabajo de investigación evaluativa de un grupo extenso de representantes del amplio sector de la salud en Puerto Rico. Es decir, la Comisión pudo llevar a cabo su trabajo, justamente por la desinteresada aportación de cientos de personas comprometidas con contribuir al bienestar de todos/as los/as habitantes de Puerto Rico.

El presente estudio, describe en sus primeros dos capítulos la base contextual, conceptual y metodológica de la investigación llevada a cabo. Además, delinea el proceso objetivo y crítico de búsqueda de información relevante a los objetivos del estudio. El capítulo III presenta los hallazgos generales principales sobre la situación de salud de la población de Puerto Rico y el perfil de su Sistema de Salud, en perspectiva amplia de los sectores gubernamental, privado y sin fines de lucro. El Capítulo IV presenta los resúmenes de los Informes de los Comités de Trabajo de la Comisión. En estos informes se presenta además del diagnóstico de cada área de estudio en particular; las recomendaciones y propuestas de cambio de cada Comité. El Capítulo V se dedica a las principales conclusiones y recomendaciones de la Comisión en pleno, para mejorar el Sistema de Salud. Finalmente, el Capítulo VI plantea una serie de consideraciones puntuales para establecer un Sistema autónomo de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud, de forma continua y sistemática.

RECONOCIMIENTOS

Un proyecto de la naturaleza de esta investigación evaluativa, es a todas luces un trabajo de interdisciplinariedad y solidaridad. Sin lugar a dudas, que el trabajo de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, ha demostrado ser un proceso de integración de diversidad de disciplinas, profesiones, ocupaciones e intereses sociales; dirigidos a mejorar significativamente la situación del Sistema de Salud desde una perspectiva intersectorial. Por esto, la Comisión requirió múltiples enlaces, complejos vínculos, interconexiones, e inclusive nuevas alianzas, para poder llevar a cabo su labor. Ha sido sobretodo, un esfuerzo humano colaborativo, dirigido por los más altos valores y principios universales de los derechos humanos. La Comisión ha gestado el aporte de diversidad de personas para propiciar el desarrollo de iniciativas y proyectos creativos que propicien las mejores condiciones para lograr que todos/as los/as habitantes de Puerto Rico, se mantengan saludables.

La alta complejidad del Sistema bajo estudio; unido a la magnitud y trascendencia social de sus implicaciones, tanto a corto como a largo alcance; impusieron a la Comisión un diseño participativo y representativo para poder lograr el examen detallado y objetivo de los intrincados y confusos factores causales de la situación presente. Es por lo antes señalado, que la Comisión queda endeudada y sin palabras para poder agradecer a todas las personas que participaron o que apoyaron el desarrollo de este proyecto evaluativo. A todos y todas, nuestro más profundo agradecimiento.

No obstante, requieren especial mención algunas personas que sobrepasaron las expectativas iniciales, cuya contribución ha traspasado la recta final de este abarcador proyecto. Se presentan en orden aleatorio, porque es imposible crear una métrica cuantitativa de la diversidad de apoyos y contribuciones recibidas. Nuestras excusas si se nos ha escapado alguna persona en particular.

Aplausos y vítores para los Directores Ejecutivos, Secretarias y personal de apoyo del Centro de Diabetes y del Centro de Cirugía Cardiovascular. Estas dos instituciones albergaron a la Comisión y a los Comités, como si fueran parte de su familia institucional. Ovación a las Secretarias del Departamento de Dermatología del Recinto de Ciencias Médicas; su incondicional apoyo y dedicación a la Comisión se convirtió en jornada de trabajo doble y a veces triple. Aclamaciones para Yomara Molina y el grupo de destacadas estudiantes del Programa Graduado de Administración de Servicios de Salud por su apoyo a la Comisión y a los Comités de Trabajo. Agradecimiento especial a los principales asesores de la Comisión: el Dr. Roberto Ramírez, el Dr. Gilberto Ramos, la Dra, Ruth Ríos, el Dr. Heriberto Marín, el Dr. Mario Rodríguez.

Un especial elogio y tributo al personal del Estudio Continuo de Salud, liderado magistralmente por el Dr. Gilberto Ramos; quien además de asesor a los trabajos del Comité de Sistema de Servicios de Salud, puso el Estudio Continuo de Salud a disposición de la Comisión. La valiosa aportación del Estudio Continuo de Salud,

permitió documentar y evidenciar con objetividad, prontitud y precisión el estado de salud de la población en Puerto Rico.

Reconocimiento y ovación a la Dra. Marlen Oliver de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas y al Dr. Ángel R. Villarini de la Facultad de Humanidades del Recinto de Río Piedras; por su iniciativa de editar el Informe Final de la Comisión; además de su destacada participación en el Comité de Ética. Son pocas las personas del calibre, peritaje y experiencia de la Dra. Oliver y del Dr. Villarini que dedican de su preciado tiempo desprendidamente para este propósito; es evidente su gran compromiso con las causas sociales. Enhorabuena.

COMISIÓN EVALUADORA DEL SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

TABLA DE CONTENIDO

COMPOSICION DE LA COMISION Y SUS COMITES

1. Hon. Rosa Pérez Perdomo
   Secretaria de Salud

2. Sra. Nancy Vega
   Directora Ejecutiva ASES

3. Dr. Jorge L. Sánchez – Presidente Comisión Evaluadora de Salud
   Catedrático Universidad de Puerto Rico

4. Dr. Joaquín Villamil
   Estudio Técnicos, Inc.

5. Sr. Juan Eliza Colón
   Presidente, Unión General de Trabajadores

6. Dr. Carlos Girod
   Ex Decano, Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

7. Lcdo. Domingo Torres
   Director Ejecutivo, Hospital Menonita

8. Dr. Héctor Candelas
   Médico Primario

9. Dra. Maria Rosa
   Decana – Escuela Ciencias de la Salud, Universidad del Turabo

10. Lcdo. Salvador Rovira
    Director Ejecutivo, Fondo del Seguro del Estado

11. Dr. Luis Izquierdo Mora
    Ex-Secretario de Salud

12. Dr. Carlos Díaz
    Ex-Procurador del Paciente

13. Dr. Alberto Varela
    Psiquiatra

14. Dr. Hiram Arroyo
    Catedrático, Escuela Graduada de Salud Pública UPR

15. Dra. Elena Batista Valentín
    Directora Ejecutiva, Comisión Evaluadora de Salud

16. Dr. Angel L. Rivera
    Secretario, Comisión Evaluadora de Salud

17. Lcdo. Igor Ortiz Morales
    Asesor Legal, Comisión Evaluadora de Salud

Comité Salud Mental

1. Dr. Alberto Varela – Presidente
2. Dr. Carlos Pérez Cortés
3. Dr. Luis Franco
4. Dr. Carlos Cabán
5. Sra. Sylvia Arias
6. Dr. Salvador Santiago
7. Sra. Leyla Martínez
8. Dra. Maria Rosa
9. Sr. José M. Pérez Díaz
10. Sa. Yomaraly Molina
11. Katia Moreno

Comité Educación de Profesionales de la Salud

1. Dr. Carlos Girod – Presidente
2. Dra. Maria Rosa
3. Dr. Manuel Martínez Maldonado
4. Dra. Nilda Candelario
5. Dr. Francisco Joglar
6. Dr. Hamid Galib
7. Dra. Estela S. Estapé
8. Prof. Gualberto Borrero
9. Dr. Luis Ramírez Ferrer
10. Dr. Mario García Palmieri

Comité de Etica

1. Dr. Luis Izquierdo Mora – Presidente
2. Dra. Marlene Oliver
3. Dr. Angel Villarini
4. Dr. Angel L. Rivera
5. Dr. Eduardo Santiago Delpin
6. Padre Ferrer
7. Dr. Hamid Galib
8. Dr. Carlos Díaz
9. Dr. Luis Sierra
10. Dr. Rafael Ruiz Quijano
11. Dr. Raúl Castellanos
12. Dr. Leonides Santos y Vargas
13. Dra. Sandra Fabregas

Comité Estructura Organizacional del Sistema de Salud

1. Dr. Angel L. Rivera – Presidente
2. Dr. Gilberto Rodríguez
3. Dr. Juan Nazario

4. Dr. Luis Izquierdo Mora
5. Dr. Mario García Palmieri
6. Dr. José Martínez
7. Dr. Jaime Rivera Dueño
8. Dra. Annie Alonso
9. Dr. Roberto Torres
10. Dr. Carlos Gadea
11. Sr. Víctor Gutierrez

Comité Servicios de la Salud

1. Lcdo. Domingo Torres – Presidente
2. Dr. Héctor Candelas
3. Dr. Carlos Díaz
4. Dr. Angel Muntaner
5. Dra. Wendy Matos
6. Dr. Homero Monsanto
7. Dr. José Vargas Vidot
8. Lcda. Ruby Rodríguez
9. Lcdo. Domingo Nevarez
10. Lcdo. Domingo Cruz
11. Lcdo. Milton Cruz
12. Dr. Enrique A. Vicens
13. Dr. Angel L. Rivera
14. Dr. Enrique Vázquez Vázquez
15. Lcdo. Alfonso Vázquez Berríos
16. Srta. Griselle Hernández Rivera

Comité de Financiamiento

1. Dr. José J. Villamil – Presidente
2. Sr. Juan Eliza Colón
3. Dr. Javier Morales
4. Sr. Julio Galindez
5. Sr. José Pérez Díaz
6. Sr Jaime Figueroa

Comité Personas No-Aseguradas

1. Dr. Heriberto Marín
2. Sr. Julio Galindez
3. Sr. José M. Pérez Díaz

Comité Impericia Médica

1. Lcdo. Enrique Vicens
2. Lcda. Doralisse Juarbe
3. Lcdo. Igor Ortiz
4. Dr. Eugenio Roura
5. Sr. Manuel Lebrón
6. Sr. Eddie Sánchez Hernández

Comité Promoción, Prevención y Protección de la Salud

1. Dr. Hiram Arroyo – Presidente
2. Sra. Carmen Rivera
3. Sra. Alicia Suárez
4. Sra. Leticia Rivera Pérez
5. Dra. Lourdes Soto
6. Dra. Ada Mildred Alemán
7. Dra. Elba Cecilia Díaz Toro
8. Sra. Elia M. Correa
9. Dra. Arlene Sánchez
10. Sa. Wilma Rivera
11. Sra. Denise M. Andreu Pietro
12. Srta. María T. Borges

LISTA DE APÉNDICES

RESUMEN EJECUTIVO

I. Introducción

La sociedad puertorriqueña aspira a lograr un alto nivel de bienestar físico, mental, espiritual y social en toda la población de Puerto Rico; y contar con un sistema de salud que así lo propicie junto a otros componentes y redes sociales y mediante servicios de salud de la más alta calidad, equitativos, accesibles y costo eficientes. Aún cuando el Sistema de Salud no es el único ente social responsable por el nivel de salud de una población, es uno de los principales gestores de ésta. Por lo tanto, es necesario que el mismo funcione bajo los más altos estándares de excelencia y con respeto al derecho humano a la salud.

Durante la última década, organizaciones gubernamentales, de base comunitaria y privadas han invertido considerables esfuerzos y recursos para encontrar soluciones al incremento desmedido en el gasto en el sector salud y más importante aún, para mejorar el estado de salud de la población. Hoy día, estas preocupaciones permanecen como retos y desafíos al Gobierno, a la población y a los profesionales y organizaciones que intervienen en el sector salud. Esta situación ha sido el móvil para la creación de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico. Ésta se crea a través de la Orden Ejecutiva del Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en la emisión del Boletín Administrativo Núm. OE-2005-13 del 18 de febrero de 2005. El propósito de dicha Orden Ejecutiva es crear la Comisión para que evalúe el Sistema de Salud de Puerto Rico y estudie alternativas de ajuste y modificaciones al mismo, que se estimen necesarias.

II. Los hallazgos y recomendaciones

A. El Departamento de Salud

La responsabilidad primaria de velar por la calidad y la disponibilidad de los servicios de salud de Puerto Rico recae constitucionalmente sobre el Departamento de Salud. La rectoría de la salud, como responsabilidad primaria del Departamento de Salud, es intransferible a otras instancias de la sociedad. No obstante, el Departamento las debe ejercer con el apoyo de diversos sectores y actores sociales, bajo ciertas condiciones, y normas y a base de medidas de evaluación de desempeño.

Para que el Departamento de Salud ejerza la rectoría de la salud a cabalidad, se recomienda:

- Reconocer y agrupar todos los servicios de salud o relacionados del sector gubernamental, bajo la jurisdicción del Departamento de Salud. Esto incluye ubicar a la Administración de Seguros de Salud bajo la sombrilla del Departamento de Salud.

- Armonizar los planes de trabajo y la acción de todos los servicios de salud ubicados en otras agencias gubernamentales para que respondan a la política pública de salud implantada por el Departamento de Salud.
- Facultar y capacitar al Departamento de Salud para asumir la responsabilidad por la garantía de acceso a servicios de salud de excelencia.
- Establecer en el Departamento una estructura organizacional ágil que integre los principales componentes del sector: los proveedores gubernamentales de servicios de salud, los administradores de seguros de salud y los servicios de salud pública; bajo el propio Departamento.
- Facilitar la creación de políticas y procedimientos estándares en todos los programas. Esto asegurará que los mismos sean compatibles con la política pública de salud y promoverá la administración de todos los servicios de forma costo- efectiva.
- Agilizar la implantación de la política pública para la promoción de salud y la educación a la comunidad.
- Participación de la Secretaría de Salud en la Junta Reguladora de Beneficios y Tarifas (Recomendada de nueva creación por la Comisión).

B. Promoción, Prevención y Protección de la Salud

Se reconoce adelantos en esta área con la asignación de recursos económicos al Departamento, que antes se asignaban a las Aseguradoras. Se recomienda desarrollar una política pública de Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico de alcance intersectorial. Se propone la creación de la Junta Coordinadora Intersectorial de Promoción de la Salud y Educación en Salud de Puerto Rico, adscrita al Departamento de Salud, como entidad y mecanismo asesor en la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y acciones de Promoción de la Salud y Educación en Salud en el país. Se reitera la necesidad de mantener la Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud en el Departamento de Salud y establecer estructuras regionales de Promoción de la Salud. Es imperativo continuar el desarrollo del ya iniciado programa piloto de Promoción de la Salud y Educación en Salud en una o más regiones de salud de Puerto Rico con un fuerte componente de evaluación que evidencie su efectividad.

C. El Centro Médico de Puerto Rico

Tres recomendaciones claves para empezar a subsanar los múltiples problemas que aquejan a esta institución son los siguientes:

- Integración real y operacional de: ASEM, Hospital Universitario de Adultos y Hospital Pediátrico Universitario. Esto requiere un mandato por legislación nueva. Se reconoce que ya existe un Comité que está en etapa de análisis de la situación.
- Definición de una fuente de financiamiento estable, como lo sería un fondo legislativo recurrente y suficiente para cubrir los servicios de salud de alta

complejidad, los servicios a los pacientes sin plan médico de salud y el costo de la enseñanza.

- El diseño de estrategias para la autogeneración de fondos por las entidades constituyentes tales como mejoramiento de facturación y negociación de tarifas con planes médicos.

D. El Subsistema de Salas de Emergencias

Al presente, el subsistema de salas de emergencias de Puerto Rico es redundante e ineficiente. En muchas ocasiones, su establecimiento se ha basado en consideraciones de índole política, más que en la necesidad médica real. Se recomienda contar con una Sala de Urgencia como requisito mínimo en cada municipio. Aquellos municipios que sus ejecutivos requieran una Sala de Emergencia, y el municipio no llenara los criterios que el Departamento de Salud establezca, para este tipo de servicio; se mantendría la Sala de Emergencia sólo si es sufragada con fondos municipales. El propósito fundamental de las Salas de Urgencia sería el diagnóstico inicial, estabilización en caso de que fuese una emergencia y referido a niveles superiores de diagnóstico y tratamiento de ser necesario. Las Salas de Urgencia estarían respaldadas por un sistema adecuado y eficiente de transportación en ambulancias.

E. Sistemas de Información

Dado que la mayoría de las iniciativas en el área de sistemas de información están ya en proceso de implantación con proyectos de suma importancia; se recomienda identificar expertos en este campo para crear una Junta de Administración de Sistemas de Información, que pueda reconfigurar los proyectos actuales y armonizarlos con las tendencias del Gobierno Federal a través de la Oficina del Coordinador Nacional para la tecnología de información de la salud. Se debe mencionar que el gobierno federal ha nombrado un “zar”de la informática de la salud. Además, los recursos del Departamento de Salud y otras agencias que ofrecen servicios de salud deben estar dirigidos a la creación de un expediente médico electrónico que cumpla con los requisitos del Gobierno Federal. Por otro lado, se recomienda aprovechar los incentivos existentes a nivel federal; para motivar a los proveedores a establecer infraestructura básica de informática para estar interconectados a la red de informática del Departamento y ASES, según ésta se desarrolle.

F. La Función de la Aseguradora y la Distribución de Riesgos

Uno de los aspectos más sensitivos en la conformación de un nuevo modelo de servicios de salud en Puerto Rico es el papel de las aseguradoras en éste.

Bajo el modelo presente, el Gobierno transfiere el riesgo a la aseguradora a cambio de una prima por asegurado por mes. Se señala que esta transferencia de riesgos le permite al Gobierno fijar su presupuesto y también lo aísla de fluctuaciones históricas que pueden ser tanto de naturaleza positiva como negativa en la utilización de servicios de salud. La aseguradora maneja el riesgo a través de diferentes mecanismos para controlar la utilización tales como la contratación de proveedores tanto médicos como hospitales y laboratorios, la credencialización, la negociación con los proveedores, las

revisiones de admisiones, la preautorización, los formularios de farmacias, y el análisis contínuo de la utilización entre otros. La evaluación de la Comisión, ha demostrado que la experiencia de más de doce años en Puerto Rico, ha demostrado que este sistema podría llevar a dilemas éticos a los proveedores con el consecuente racionamiento de servicios, a prácticas de intercambio de costos que no añaden valor al servicio que recibe el paciente y a reducir calidad y satisfacción tanto de proveedores como de consumidores

Una primera alternativa recomendada por la Comisión, **(Proyecto Piloto I)**, contempla al Gobierno asumiendo el 100% del riesgo, con un modelo de autoaseguro a través de sus instituciones y mecanismos ya vigentes. Se crearían redes de servicios de acuerdo a las regiones de ASES. El Gobierno contrata con proveedores organizados en redes de servicios. Los pacientes tendrían selección de proveedores dentro de las redes de servicios. En esta alternativa desaparece la Aseguradora como intermediario que asume riesgo. Esta alternativa parte de la premisa que el Gobierno se capacite para asegurar que posee la capacidad real de ejercer las funciones correspondientes. La magnitud del riesgo estaría en función de la capacidad del Gobierno para auto asegurarse. El Gobierno contrataría algunos de los servicios administrativos y operacionales a las Aseguradoras; de acuerdo a sus necesidades; en forma especificada e individualizada en aquellos sectores donde el Gobierno no tiene los recursos, la experiencia ni la tecnología necesaria en estos momentos. Bajo dicho modelo:

- La prima negociada por el Gobierno a través de la (Administración de Seguros de Salud) por año fiscal podría redundar en beneficio económico para el Gobierno.
- Los médicos primarios no estarían sometidos a dilemas éticos, porque se les pagaría por tarifa de honorarios. Se retendría un 20 % de la tarifa hasta la demostración de indicadores de calidad en los servicios que ofrece.
- Al asumir el riesgo del Fondo Catastrófico se podrían realizar los ajustes necesarios para beneficiar a los proveedores médicos primarios. Actualmente éstos asumen una porción sustancial del riesgo de las condiciones catastróficas.
- El Gobierno se podría beneficiar financieramente con los réditos de sus Fondos.
- El Gobierno tendría la prerrogativa de contratar a los proveedores apropiados a su enfoque y necesidad.
- La implantación de la política pública en los aspectos de calidad y utilización estarían en manos del Gobierno.
- Habría mayor dispersión del riesgo eventualmente al expandirse el modelo por toda la Isla.
- Habría mayor facilidad para establecer un modelo de regionalización y referidos por niveles de complejidad clínica.
- Se tendría más control para la implantación de política pública que haga viable la expansión de los talleres de enseñanza.
- Se podría estandarizar las tarifas a los proveedores a través de todo el sistema, basado en las realidades epidemiológicas y de utilización.
- Se recomienda el establecimiento de una Oficina de Estudios Actuariales para generar recomendaciones en cuanto a las tarifas, reservas, análisis de

utilización, cálculos de deducibles y copagos, la cual podrá estar adscrita a la Junta Reguladora de Beneficios y Tarifas, que propone la Comisión. Éstas Juntas ya existen en E.U. Se debe iniciar su creación, para luego establecer legislación para su aprobación final.

En una segunda vertiente, la aseguradora podría asumir el riesgo completamente sin transferencia alguna de dicho riesgo a proveedores o al Gobierno **(Proyecto Piloto II)**. La Aseguradora contrata los proveedores. Bajo este enfoque se mantendría por necesidad inherente al concepto, las prerrogativas de las Aseguradoras dirigidas al control de utilización y cotización de primas. El médico primario no tiene riesgos. El sistema de pago a los proveedores puede ser por concepto de servicios brindados, por capitación sin riesgo o con un riesgo mínimo o por una tercera vía donde se mantenga la calidad y costo-efectividad de los servicios, sin crear el dilema ético en los proveedores de los servicios de salud.

G. El Modelo de Servicios de Salud de Puerto Rico

Entiende esta Comisión que el modelo actual de servicios de salud de Puerto Rico necesita ser transformado y para esto propone un proceso de desarrollo ordenado y articulado a base de tres etapas de desarrollo:

Fase I: Cambios en la contratación para el período 2005-2006, a negociarse de inmediato para el inicio de ajustes estructurales al sistema actual. Estos se discuten en detalle en el Capítulo V del Estudio.

No obstante, esta Comisión pone en alerta al Gobierno acerca de la situación que se podría suscitar a partir de enero de 2006. De acuerdo a Medicare Advantage los pacientes del Plan de Salud del Gobierno con Medicare AB no estarán en los IPAS y tendrán acceso a medicamentos a través de la parte D de Medicare. Esta medida podría generar una fuga de médicos primarios de la "Reforma" y una falta de recursos para atender la población de 19 a 64 años, así como de aquella población mayor de 65 años sin cubierta AB de Medicare. El sistema de pagos a médicos probablemente necesita modificación a un sistema de pago por servicios, para lograr el reclutamiento y retención de estos proveedores. Como ejemplo de esta situación, señalamos el déficit significativo de Pediatras que actualmente atiende a suscriptores del Plan de Salud del Gobierno. Esto, debido a un deficiente pago per cápita de la población pediátrica y de que este grupo de médicos primarios no tiene acceso a los fondos de Medicare; con lo que otros médicos primarios dentro de la "reforma" compensan las deficiencias del "capitation" de la población a la que sirven.

Fase II: Proyecto Piloto I – El gobierno asume el riesgo como modelo de autoseguro, la magnitud del riesgo asumido en función de su capacidad para autoasegurarse. Dependiendo de esta capacidad, este principio se puede transferir a un posible modelo de riesgo compartido para el Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Se contrataría a una Organización de Cuidado Dirigido "*managed care organization*" (MCO) de acuerdo a la necesidad de los servicios y este modelo estaría enmarcado en el concepto de Redes de Servicio.

Proyecto Piloto II – Modelo donde la aseguradora asume el riesgo completamente, sin transferencia de dicho riesgo a proveedores o al Gobierno.

Fase III: Inicio de la transformación integral del Sistema de Salud de Puerto Rico para comenzar en el año 2007.

Estas fases de desarrollo, se explican en detalle en el Capítulo V del Informe de la Comisión. A continuación un breve resumen de estas fases.

<u>Proyecto Piloto I</u>

El Concepto y Operación de las Redes de Servicio

Conceptualmente se define una Red de Servicios como un subsistema de servicios de salud en una región de salud que busca garantizar el acceso, continuidad del servicio y la coordinación en y fuera de la Red. La Red de Servicios de Salud tendría las siguientes características:

- La Red proveería continuidad de servicios a nivel de prevención primaria, y secundaria y cuidado directo a la población a nivel primario y secundario.
- Es un grupo de organizaciones de cuidado primario y secundario articuladas entre sí; que está presente para atender las necesidades de salud de la población circundante.
- La Red es un consolidado de proveedores enfocados en un sistema integral vertical de cuidado continuo y coordinado dentro de una red diseñada para satisfacer las necesidades de un número de miembros determinados de la comunidad a la que sirve. Debe contar con:
    - Médicos Primarios
    - Centro de servicios múltiples con horario extendido
    - Servicios ancilares
        - Laboratorios
        - Rayos X / alta tecnología
        - Farmacia
    - Hospital
        - Hospitalistas del grupo
        - Salas de Urgencias
        - Salas de Emergencia
        - Facilidades cirugía ambulatoria

Los siguientes elementos constituirían la Red de Servicios:

- Acceso directo del paciente a los servicios primarios de salud (Médicos Generalistas, Médicos de Familia, Internistas Generales, Pediatras Generales, Obstetras y Cirujanos Generales).
- Acceso directo del paciente a servicios especializados como lo son el neumólogo (asma), cardiólogo y nefrólogo (hipertensión) y endocrinólogo (diabetes). Se pueden incluir otras especialidades, de acuerdo a la magnitud y la prevalencia de los problemas de salud de la comunidad, según determinados por estudios epidemiológicos.

- Acceso por referido del médico primario a cualquier otra subespecialidad dentro de la Red.
- Los servicios de Salud Mental se insertarían en la Red como parte del plan de integración de la salud física y la salud mental. La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) tendría funciones como agente normativo, fiscalizador, negociador y proveedor. La Administración de Seguros de Salud serviría como agente contratante, además de fiscalizador a las Aseguradoras y a las Redes de Servicios.
- Elaboración de estudios actuariales por ASES, para guiar los procesos de negociación de contratos. Éstos deben ser revisados anualmente para que refleje tanto las necesidades, como los costos reales y las proyecciones de los servicios de salud para todos los residentes de Puerto Rico.
- En los procesos de contratación se incorporaría un modelo de riesgos compartidos en cada región de salud. Esto último viabilizaría un proceso de contratación democrático en el cual se garanticen los intereses y necesidades de cada parte. En esta transferencia de riesgos compartidos, los grupos de las redes de medicina primaria participarán inclusive en las negociaciones de tarifas con los hospitales y en la revisión hospitalaria. En este sentido los grupos asumen el riesgo institucional hasta un 100% de lo asignado. Sobre 100% la aseguradora establecerá un reaseguro y disminuirá el "*stop loss*". La distribución de riesgos al médico primario y al especialista se ejercería conformándola de la siguiente manera: Ochenta (80%) del pago por encuentros estaría fuera de riesgo y el 20% estaría a riesgo, contingente a las ejecutorias en términos de: mejoramiento de los indicadores de salud de la población, accesibilidad a pacientes en horario vespertino, participación de sus pacientes de alto riesgo en programas de manejo de enfermedades crónicas, aumento en servicios de teleconsulta, restricción a medicamentos de participación del profesional en programas de mejoramiento profesional clínico y a la calidad de los servicios de salud. Los parámetros para la evaluación de estos incentivos estarán claramente definidos y estandarizados.
- Las primas y pagos a los grupos médicos que se negocien se validarán en cualquier circunstancia, por la Administración de Seguros de Salud como el foro administrativo rector que será responsable de velar por la credibilidad actuarial de las primas y la aprobación final de toda negociación.
- La exposición al riesgo de los grupos médicos se puede limitar más si el Gobierno proveyera un reaseguro individual para casos económicamente catastróficos. Este reaseguro limitará la exposición al riesgo que crea un número limitado de personas. Por ejemplo, el Gobierno podrá reasegurar y así limitar la exposición del riesgo por asegurado. Se crea de esta forma tres niveles de riesgo compartido, creando así un modelo híbrido.

- Estas últimas recomendaciones deben producir las experiencias necesarias para la eventual transformación del sistema a un Plan de Salud Universal.

Este proyecto piloto regional deberá señalar el camino para las modificaciones futuras luego que ASES y los grupos médicos adquieran la capacidad, infraestructura y peritaje para establecer un modelo de cubierta para todos los habitantes de Puerto Rico.

Proyecto Piloto II

Otra consideración para un segundo proyecto piloto contemplaría la adjudicación del riesgo a la aseguradora en un 100%. Las posibles ventajas de este modelo:

- El modelo propuesto pretende excluir al médico primario del riesgo financiero sobre aquellos servicios provistos por otros proveedores, sin descartar que a su elección, él participe de dicho riesgo si así lo contrata con el asegurador.
- El modelo propuesto pretende asignar, de primera instancia, el riesgo al asegurador quien es el ente preparado y con el peritaje para asumir dicha responsabilidad financiera.
- El modelo propuesto busca generar economías al erario público en vista de la generación de una cubierta básica y no una tan extensa como la actual. (El modelo "Florida Medicaid Plan", varía de la forma tradicional "**cubierta definida**"a una "**contribución definida**" donde el estado fija el gasto por cada recipiente). Los menores de 21 años y mujeres embarazadas estarían exentos de estos límites.
- La propuesta pretende también proveer una oferta de cubierta de servicios médicos a una población que al presente no goza de dicho beneficio, ya que, o no cualifica para el Programa de Reforma de Salud o no cuenta con los recursos económicos para comprar una cubierta de servicios en el mercado privado.
- La propuesta extiende la cubierta básica al permitir que el asegurador ofrezca una variedad de cubiertas a la elección del beneficiario. En este concepto, al beneficiario se le incentiva para que asuma mayor responsabilidad sobre los asuntos relacionados a su salud.
- El modelo pretende también incentivar al pequeño comerciante en lo que a cubierta médica para sus empleados se refiere. La oferta de otras cubiertas provistas por el asegurador se convierte en otra alternativa para el pequeño comerciante.
- La competencia creada al abrir las áreas geográficas a más de un asegurador u organización de salud pudiera provocar unas economías al erario.

Las posibles desventajas:

- El modelo podría ser criticado por el sector del país que favorece el formato de servicios en donde el Gobierno de Puerto Rico es un proveedor de servicios y no un comprador de una cubierta de servicios médicos.
- El modelo fomenta una actividad pura de oferta y demanda, sujeta a las leyes que este principio conlleva.

La Comisión recomienda que la Junta de ASES apruebe el diseño experimental de cada uno de estos dos proyectos pilotos. Deben ser planificados con todo el rigor

científico necesario, donde se establezca las hipótesis de trabajo y los indicadores de medición de desempeño que se requerirá trimestral y anualmente. Para fomentar que cada Región de ASES, tenga participación en los cambios proyectados, se debe estudiar la posibilidad de aplicar cada proyecto piloto en dos regiones comparables a la vez. Esto permitirá que en un año plazo se cuente con información adecuada para tomar decisiones en cuanto al modelo de servicios que mejor desempeño obtenga y que mejores resultados en el mejoramiento de los indicadores de salud logre.

H. Cubierta Universal

Se recomienda como política pública una cubierta mínima a la que los residentes de Puerto Rico tengan derecho (acceso universal), irrespectivo de la fuente de financiamiento. Esta cubierta mínima será financiada por la Administración de Seguros de Salud, por Medicare o por financiamiento del sector privado. Esto requerirá modificación en la política pública vigente, emitida a través de la Administración de Seguros de Salud y en coordinación con cualquier otro programa federal de salud. Se recomienda establecer una Junta Reguladora de Beneficios y Tarifas para determinar esta cubierta. Esto implicaría una evaluación exhaustiva de la cubierta actual del Plan de Salud del Gobierno.

I. El Segmento de la Población Sin Plan de Salud

Un segmento de población sin seguro de salud surge como consecuencia de la implantación de la "Reforma de Salud" del 1993. En la actualidad se calcula en alrededor de 300,000 personas a base del análisis realizado en el Estudio Continuo de Salud. Entre las posibles soluciones para subsanar este problema está:

- Ofrecer un seguro de salud del Gobierno a la población no asegurada. La Administración de Seguros de Salud le vendería el seguro de salud del Gobierno a aquellos sin plan de salud, utilizando una prima relativamente barata comparada con los planes comerciales. El pago de dicha prima sería compartido entre el Gobierno, los patronos, y los individuos o familias. A través del *community rating* y de economías de escala, ASES podría ofrecerle un seguro accesible y con cubierta amplia a esta población.
- Crear una alianza entre el Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud, y los centros de salud primarios del país como los centros 330 para expandir los servicios de salud primarios a la población sin seguro de salud. El Departamento de Salud podría subsidiar el establecimiento y operación de estos centros para las personas no aseguradas y la Administración de Seguros de Salud contrataría a estos centros directamente utilizando mecanismos de prepago para abaratar los costos.

J. Medicamentos

A fin de asegurar que el Gobierno de Puerto Rico recibe el beneficio total de un programa de manejo de medicamentos; se recomienda que el Gobierno contrate directamente con las farmacéuticas y que se utilice una compañía (PBM) local para

manejar y administrar estos contratos. Este enfoque proporciona la ventaja de que un panel selecto de médicos y farmacéuticos puede mantener el control del formulario con acceso al costo neto del medicamento. Recomendaciones específicas incluyen:

- Llevar a cabo estudios de utilización que puedan proveer información de resultados ("outcomes data").
- Obtención de Medicamentos por correo ("Mail order") para medicamentos de mantenimiento
- El pago por despacho ("dispensing fee") debe ser re-evaluado anualmente.
- Formulario cerrado estricto para Sala de Emergencias, con no más de 72 horas de cubierta.
- Estructuración de co-pagos incrementales por medicamentos ("a tiered pharmacy structure").
- El manejo de enfermedades crónicas es esencial para el éxito de cualquier sistema de salud. Podría seleccionarse una o dos enfermedades crónicas frecuentes (asma, diabetes, hipertensión) que mediante un protocolo de manejos y dentro del concepto de prevención secundaria reciban medicamentos de primer orden, lo que requeriría una inversión por parte del estado.
- El Departamento de Salud debe llevar a cabo la compra y distribución de medicamentos especializados (mediante transferencia de fondos de ASES) con miras a conseguir los mayores descuentos posibles en los siguientes grupos de medicamentos:
    - HIV-SIDA
    - Inmunosupresores
    - Hormonas y biológicos para condiciones congénitas
    - Droga adicción
    - Rebretón
    - Otros medicamentos de alto costo

- El éxito de la recomendación anterior podría ser el comienzo de incluir otros medicamentos de mayor utilización ("top ten") en la compra y distribución por el Departamento de Salud.

K. Educación a Profesionales de la Salud

Como resultado de los cambios en el sistema de salud, por la Ley 72 de 1993 la disponibilidad de talleres clínicos para las instituciones de educación superior de profesionales de la salud se ha alterado drásticamente. Ante esta situación, la alternativa de crear cuatro Centros Médicos Académicos en Puerto Rico es cónsona con las recomendaciones de la Comisión. Cada Centro Médico Académico integra servicios de salud propiamente, la educación de los profesionales de la salud y la investigación clínica y aplicada de forma armoniosa y efectiva. Para crear estos Centros Académicos, es necesario aunar los esfuerzos, funciones y operaciones de los distintos componentes del Sector Salud de Puerto Rico, incluyendo los del nivel público, privado y los de sin fines de lucro, para conformar e integrar dichas funciones y operaciones en un todo coherente.

En particular, el Centro Médico Académico de San Juan, integraría las funciones y operaciones clínicas de ASEM, Hospital Universitario y Pediátrico Universitario (Departamento de Salud) y las necesidades del Recinto de Ciencias Médicas (Universidad de Puerto Rico), bajo un andamiaje jerárquico liderado por un *Director Ejecutivo*, nombrado por una Junta de Directores con participación efectiva de ambos componentes. Este funcionario tendrá amplias prerrogativas, responsabilidades y directrices claras de armonizar los intereses y necesidades particulares de ASEM y del Recinto de Ciencias Médicas.

El concepto de Centro Médico Académico sería extensivo a las cuatro Escuelas de Medicina existentes al presente, con las modificaciones particulares. Estos centros académicos deben ser parte de una Red de Servicios, según recomendado por esta Comisión. Se recomienda la creación de una Junta de Educación de Profesionales de la Salud, integrada por la Secretaria de Salud, el Rector del RCM y los Presidentes de las tres Escuelas de Medicina privadas para planificar el desarrollo de estos Centros Académicos.

Además, se debe estudiar el establecimiento de un Fondo para la Educación de Profesionales de la Salud, para sufragar los costos indirectos necesarios para el proceso educativo (Model Medicare). Este Fondo es adicional a los recursos asignados actualmente para los salarios de internos y residentes.

Se recomienda reclutar la participación del sector privado en el desarrollo de los Centros Académicos, para ampliar la disponibilidad de talleres clínicos, con incentivos apropiados; como por ejemplo, una cubierta de impericia médica. Se enfatiza la importancia de establecer alianzas entre la academia y el sector privado.

L. Impericia Médica

Se recomienda el establecimiento de un Fondo de Compensación a las víctimas de impericia médica que sirva como instrumento de pago en aquellos casos en que la compensación por impericia médica es en exceso de los límites requeridos por ley. Se sugiere que se adopte en Puerto Rico el concepto de fuente colateral de pago a fin de que cada demandado responda exclusivamente por la proporción del daño que ocasionó. Esto requerirá legislación. Se recomienda extender a todas aquellas instituciones tanto públicas como privadas que operen un programa de educación médica graduada y a los Profesionales de la Salud, la inmunidad contemplada en la Ley 104 del 1995. Esto requerirá enmiendas a esta Ley.

M. Ética

Se recomienda el establecimiento de una Comisión Nacional de Bioética que asesore a la Administración de Seguros de Salud, a las Ramas Ejecutiva, Legislativa y Judicial sobre los aspectos éticos de los servicios de salud, las políticas ambientales, la promoción de la investigación científica y la tecnología médica. Los integrantes de esa Comisión servirán ad honorem por el término que decida la autoridad nominadora.

N. Procurador/a del Paciente

El (La) procurador(a) tiene la responsabilidad de velar por los servicios que reciben los pacientes a través de los proveedores contratados por el Gobierno de Puerto Rico. Se observa traslapo entre la función por ley del Departamento de Salud de vigilar y monitorear servicios de salud adecuados y las funciones de la Oficina del Procurador. Estas funciones deben ser redefinidas o en última instancia, transferidas y ejecutadas por una oficina adscrita a la Secretaría de Salud, con un sistema apelativo del paciente, cuando éste percibe que sus derechos, han sido violados.

O. Centro Cerebrovascular de Puerto Rico

La Comisión endosa el proyecto de ley que intenta crear el Centro Cerebrovascular de Puerto Rico y el Caribe como organismo responsable de formular el ejercicio de la política pública en relación a la planificación, organización, operación y administración de los servicios cerebrovasculares a los residentes de Puerto Rico.

P. Tribunal Examinador de Médicos

Se recomienda fortalecer la autonomía administrativa y fiscal del Tribunal Examinador de Médicos (TEM) y una asignación anual de fondos que le permita el funcionamiento adecuado. El Código de Ética adoptado por el TEM debe ser el foro para presentar querellas contra los médicos.

Q. Medicare Advantage

Se recomienda la libre suscripción de esta población a compañías con programas Medicare Advantage que ofrezcan un producto de libre selección y que no impliquen riesgo a los proveedores. Esta negociación debe incluir la libre suscripción de los Retirados del ELA que tienen Medicare y quienes reciben $100 mensuales del Gobierno. Se le debe proveer a los pacientes que decidan mantenerse en Medicare A y B una alternativa para el beneficio de farmacia (“Prescription Drug Plan”).

R. Servicios de Salud Provistos por el Gobierno

Los servicios terciarios y supraterciarios provistos por el Estado o por cualquiera de los municipios no serán contratados por las aseguradoras. Todas estas facilidades se integrarán a las redes de servicio con arreglos de financiamiento de pago directo por ASES, como una medida de fortalecimiento fiscal de estas entidades. Además, serán el primer centro de referido de pacientes del Plan de Salud del Gobierno.

S. Salud Mental

A través de este documento el tema de Salud Mental ha estado presente. No obstante, es necesario abundar en aspectos medulares para mejorar la situación precaria existente. Al presente, casi tres cuartas partes de los adultos y los niños necesitados

de estos servicios no los reciben. De ahí, la enorme importancia de reevaluar detenidamente los sistemas de atención de la salud y la salud mental. Además, existe una insatisfacción generalizada en lo que respecta al actual sistema de servicios de cuidado de salud mental en Puerto Rico. Más aún, existe amplio debate acerca del papel que le corresponde jugar al estado, representado esencialmente por el Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y la Administración de Seguros de Salud (ASES), en la reestructuración, operación y mejoramiento del sistema de cuidado de salud mental.

A corto plazo para empezar a mejorar el Sector público, se recomienda:

- Que ASSMCA asuma el liderato en la formulación e implementación de la política pública sobre salud mental, según le corresponde por ley.
- Que ASSMCA asesore a ASES en el diseňo y contratación de la Red de Servicios en el Proyecto Piloto. Una vez ASSMCA demuestre el peritaje y la infraestructura necesaria, podría administrar el proyecto total asignado a salud mental (ASSMSCA y ASES).

En cuanto al Sector privado, se recomienda:

- Establecer una Junta de Apelaciones para resolver con agilidad los conflictos entre proveedores y aseguradoras que incluya establecer un registro de denegación de servicios y su justificación.
- Mayor rigor en la reglamentación y supervisión de las compañías de seguros y provisión de servicios médicos.

Para mejorar la educación, la promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales, se recomienda que ASES debe transferir a ASSMCA los fondos que actualmente se le pagan a las compañías privadas para estos fines, ya que sus esfuerzos han sido muy rudimentarios y ASSMCA tiene la infraestructura necesaria para ofrecer los servicios a través de los doce Centros de Prevención, que a su vez serán integrados a los Centros de Salud Mental Comunitarios Regionales.

Para lograr la integración de la salud primaria y salud mental, se recomienda:

- Es necesario un acercamiento de salud mental a salud primaria integrando servicios de salud mental a las oficinas médicas o centros de tratamientos en visitas programadas y coordinadas con manejo dual (psiquiatra y medicina de familia) y para el adiestramiento del médico primario en el manejo de problemas comunes en salud mental.
- Establecer Política pública para apoyar paridad en las cubiertas de salud mental que sean comparables a las de otros diagnósticos en salud física.

Sobre la Educación de profesionales de salud mental, la Comisión recomienda:

- Fortalecer los programas de educación y preparación de profesionales de salud mental para atender la población necesitada, enfatizando en áreas como trabajo en equipo inter y transdisciplinario.

T. Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud de Puerto Rico

Se propone el establecimiento de un sistema de evaluación del desempeño del Sistema de Salud y del estado de salud de la población. Este Sistema debe ser diseñado por una organización sin fines de lucro, como ente autónomo, objetivo y crítico. Además debe mantener información confiable y al día sobre el desempeño de otros sistemas de salud de otros países. El Departamento de Salud debe someter una Convocatoria a Propuestas de Evaluación, para poder seleccionar aquella entidad que mejor demuestre que puede ser responsable de este Sistema de Evaluación. La Organización seleccionada debe contar con una Junta de Directores para dar dirección, encauzar y articular los procesos de evaluación que propiciarán el desarrollo adecuado del Sistema de Salud. Además, sus organizadores deben ser expertos en evaluación, planificación, bioestadísticas, epidemiología, administradores de servicios de salud y profesionales de la salud con maestría en salud pública.

U. Proyecciones

La experiencia que indudablemente se adquirirá a través de la implantación de las recomendaciones de la Comisión y de las consecuentes evaluaciones, serán el marco conceptual y operacional para el establecimiento y desarrollo futuro del Plan de Salud Universal de Puerto Rico.

Análisis Comparativo de Modelos de Servicios de Salud

Renglón de Análisis	Modelo Actual Aseguradoras transfieren Riesgo a Primarios	Proyecto Piloto I Gobierno 100% del Riesgo y Autoaseguro	Proyecto Piloto II Aseguradora asume 100% del Riesgo	Implicaciones
Método Financiamiento	Gobierno (ASES) "transfiere" el riesgo a la aseguradora a través de un pago de prima mensual Luego la aseguradora transfiere riesgos a los médicos primarios, a través de capitación en el Fondo Médico e institucional.	Gobierno reembolsa a proveedores los servicios médicos incurridos, a través de tarifas uniformes y "tarifa" administrativa. Contrata a las Aseguradoras como Administradora de Servicios[1].	Gobierno "transfiere" el riesgo a la Aseguradora a través de un pago de prima mensual. La aseguradora asume todos los riesgos por los servicios a médico indigentes.	"Transferir" el riesgo a las Aseguradoras ha implicado altos niveles de morbilidad en algunos renglones, especialmente en el renglón de salud mental.
Método Contratación	El Gobierno no contrata con los proveedores. La Aseguradora contrata directamente con los proveedores, Centros Primarios de Cuidado Dirigido, Laboratorios, Rayos X, y Hospitales entre otros. L a Aseguradora establece el formato de contratación unilateralmente.	El Gobierno contrata directamente con los proveedores organizados por redes múltiples de servicios de salud física y mental por región. La Administradora de Servicios no contrata.	El Gobierno no contrata con proveedores. Aseguradora contrata directamente con los proveedores, Centros Primarios, Laboratorios, Rayos X y Hospitales, entre otros. Los contratos son supervisados por ASES.	Mediante contratación directa en un autoaseguro, el Gobierno asume control fiscal de los fondos y evita posibles salideros que ocurren bajo la Aseguradora. El Gobierno debe capacitarse para asumir estas funciones,
Distribución Riesgos	Aseguradora asume riesgo catastrófico y dental. Le impone riesgos a los proveedores por servicios de otros proveedores y de otras instituciones, a través del fondo institucional.	Gobierno asume riesgo médico, institucional y catastrófico. Al médico primario y al especialista se le retiene un 20%, hasta que se evalúe sus ejecutorias de calidad y de utilización. El médico primario no asume riesgo.	La Aseguradora asume el riesgo médico, institucional catastrófico y dental. Loa proveedores y Centros Primarios son contratados en una base "fee for service". El médico primario no asume riesgo, sólo sujeto a retención del 20 % por ejecutorias de calidad.	Se puede demostrar a través de la experiencia que los riesgos catastróficos y dentales son mejores riesgos, que los riesgos médico e institucional.

[1] Administradora de Servicios –El Gobierno contrata a la Aseguradora para ciertos servicios, según las necesidades de ASES.

Acceso a Especialistas	El acceso a especialistas y otros servicios es completamente a través de referidos por el médico primario, cargados al "capitation" del médico primario. Esto crea serios dilemas éticos a estos proveedores.	Acceso directo a médicos primarios (médico de familia, generalista, obstetra/ginecólogo, cirujano general, pediatra general, e internista general) Además, a neumólogo, endocrinólogo, cardiólogo y/o nefrólogo, según necesidades y estudio epidemiológico.	El acceso a otros especialistas y otros servicios es a través de referidos por el médico primario.	El acceso directo a los especialistas a base de criterios epidemiológicos.
Médico Primario	Es el "gatekeeper" a través del cual se contienen los costos y se efectúan todos los referidos. Se le impone la mayor parte del riesgo del fondo médico.	Forma parte de una Red o grupo de trabajo constituido por especialistas en salud física y mental.	Se controlan los costos y se efectúan todos los referidos, mediante la red de servicios.	El médico primario debe trabajar sin ningún tipo de problema ético y en un equipo de salud integrado.
Pagos a Proveedores	El pago a proveedores puede ser a través de capitación, *fee for service* sólo para dentistas, y *per diem,* en el caso de los hospitales. La capitación representa la base del pago a proveedores, especialmente a los médicos primarios.	El pago a los proveedores esta basado en tarifas uniformes	El pago a proveedores puede ser a través de *"fee for service*, y "*per diem",* en el caso de hospitales. El *"fee for service*" representa la base del pago a proveedores, especialmente a los médicos primarios y especialistas.	Se debe establecer un sistema de pagos a los proveedores que fomente el crecimiento de las profesiones de la salud.
Aseguradora	Es el intermediario donde se centraliza todo el proceso de aprobación de servicios médicos, y se crea el banco de datos sobre éstos. Incluye costos administrativos y reaseguro por cada región.	Es una Administradora de Servicios. No asume ningún tipo de riesgo. Posee la experiencia e infraestructura para agilizar el ofrecimiento de servicios de salud.	Es el intermediario donde se centraliza todo el proceso de aprobación de servicios médicos, y se crea el banco de datos sobre éstos. Incluye costos administrativos y reaseguro por cada región.	No se debe descartar la Aseguradora. Su peritaje e infraestructura son importantes. Ahora bien, el Gobierno debe asegurar el control fiscal de los fondos.
Medicamentos	Existe un PBM que supervisa a la Aseguradora y proveedores por región. Al médico primario se le impone el riesgo de los medicamentos.	Existe un PBM que supervisa a la Aseguradora y proveedores por región. Al médico primario se le impone el riesgo de los medicamentos. Se crean nuevas medidas de reducción de costo.	Existe un PBM que supervisa a la Aseguradora y proveedores por región. Al médico primario se le impone el riesgo de los medicamentos. Se crean nuevas medidas de reducción de costo.	El riesgo de farmacia es el riesgo más volátil. Se recomienda se establezcan controles para contenerlo. Todo modelo requiere adherencia estricta a un formulario de medicamentos.

Servicios Promoción de Salud, y Prevención de Condiciones de Salud	Las aseguradoras implantan programas de educación y prevención por región. El Departamento de Salud no articula con las Aseguradoras.	Las Redes de salud ofrecerán servicios de Promoción y prevención , en coordinación con el Departamento de Salud.	Las Aseguradoras no implantan programas de educación y prevención por región. .El Departamento de Salud ofrecerá dichos servicios.	Énfasis de la Promoción en toda la población. Énfasis de la Prevención y Protección en población a riesgo de enfermedades crónicas.
Cubierta de Servicios de Salud	Cubierta extensa que incluye cuidado médico, hospitalario, laboratorio, imágenes, medicamentos y la cubierta para condiciones catastróficas . Deducibles y co-pagos mínimos.	Cubierta debe ser revisada por la Junta de Beneficios y Tarifas propuesta. La asignación de deducibles y copagos deben ser ajustadas a las circunstancias económicas y a las de cómo, cuándo, dónde y por qué se ofrece el servicio.	Cubierta debe ser revisada de igual forma. Implica eventualmente un proceso de negociación con las Aseguradoras. El acceso es a través de referidos por el médico primario. Los Especialistas son parte de los proveedores que contrata la Aseguradora .	Es deber constitucional del e Estado proveer una “cubierta mínima” a todos los habitantes de Puerto Rico.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

"Any reform must aim to reconstruct
an existing structure or system
in order to enable it to achieve
its original end(s) in an improved way. "
(Seedhouse,1995)

En esta sección se presenta la justificación para la evaluación del sistema de Salud de Puerto Rico y la creación de la Comisión creada al respecto. Se expone cómo quedó estructurada la Comisión y cómo sus integrantes interpretaron su encomienda y cuál fue marco conceptual y valorativo y el contexto social e histórico que orientaron sus trabajos.

JUSTIFICACIÓN, MISION Y METAS DE LA COMISIÓN

La necesidad de una profunda evaluación y transformación del actual Sistema de Salud de Puerto Rico ha sido reconocida ampliamente en múltiples sectores de la sociedad. Las razones para ello son múltiples y responden a diferentes intereses y percepciones de los diversos actores, administradores, proveedores, servidores y "usuarios" de los servicios. Si por un lado, por parte de los "usuarios" se reconocen ciertos logros que paulatinamente se han obtenido, pero se manifiestan quejas y reclamos sobre la necesidad de mejor cobertura, calidad y equidad en los servicios. En lo que se refiere a la actual organización del sistema, se observan conflictos y luchas de intereses entre las aseguradoras, los proveedores (m'edicos) y los usuarios de los servicios De otra parte el crecimiento y la ampliación del Sistema parece desarticulada y permite señalar que aunque ha contribuido de forma parcial a mantener la salud de la población, su contribución podría ser mucho mayor y con mayor costo efectividad si trabajara como un verdadero sistema.

Es en este contexto de reclamo ciudadano generalizado que se produce la Orden Ejecutiva OE-2005-13 del Honorable Gobernador de Puerto Rico, con fecha del 18 de Febrero de 2005. Plantea esta Orden que después de cerca de once años desde la aprobación de la Ley 72 de1993, que constituye la última reforma del Sistema de salud de Puerto Rico y otras leyes anteriores o posteriores relacionadas[2], no se ha llevado a cabo una:

---

[2] Las otras leyes relacionadas a la Ley 72 del 1993, incluyen: Ley Num. 26 del 1975, la Ley Num. 11 del 1976, la Ley 116 del 1980, la Ley 67 de 1993, la Ley 72 de 1993, la Ley 190 del 1996, la Ley 187 del 1998, la Ley 194 del 2000, Ley 408 del 2000, la Ley 105 del 2002, y la Ley 311 del 2003.

…*evaluación abarcadora, rigurosa y objetiva del impacto de la implantación de de dichas leyes sobre los servicios de salud del país y sobre las condiciones de salud de los puertorriqueños……*Además,
…..que las más prudentes y sanas normas de administración pública aconsejan que periódicamente se evalúen los resultados de las políticas y modelos adoptados de servicios a la ciudadanía, de suerte que se puedan realizar los ajustes y modificaciones que sean necesarias. Lo anterior reviste mayor importancia cuando se trata de modelos de política pública para establecer sistemas de servicios de salud a la comunidad.

Ante lo anteriormente señalado, el Honorable Aníbal Acevedo Vilá crea mediante esta Orden Ejecutiva la Comisión para Evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico y le instruye:

…con el propósito de evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico y estudiar alternativas de ajustes y modificaciones que se estimen necesarias al mismo…

….la Comisión será responsable de llevar a cabo una abarcadora evaluación del Sistema de Salud existente en el país, y en particular deberá evaluar el impacto sobre dicho sistema y sobre el estado de salud de los puertorriqueños, de la implantación de las Leyes…..

Organización de la Comisión para Evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico

Con la creación de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, el 18 de Febrero de 2005, comienza un trabajo de investigación evaluativa dirigido a evaluar objetiva y críticamente la situación del Sistema desde una perspectiva integral, es decir, en todos sus componentes principales: el Plan de Salud del Gobierno, los Planes de Seguros de Salud Privados, e inclusive los servicios de salud que se ofrecen por organizaciones de base comunitaria.

Ante la amplia y compleja directriz del poder ejecutivo, el Presidente designado, el Dr. Jorge L. Sánchez Colón, inicia diálogos con diversos grupos interesados para crear la Comisión con amplia representatividad de personas expertas en los diversos temas de la evaluación y que a la vez, representaran sectores relacionados a todo el Sistema de Salud de Puerto Rico.

La Comisión inicia sus trabajos el día 22 de Febrero de 2005. En esta reunión quedó constituida la misma por los Comisionados siguientes:

1. Hon. Rosa Pérez Perdomo
   Secretaria de Salud

2. Sra. Nancy Vega
   Directora Ejecutiva ASES
3. Dr. Jorge L. Sánchez Colón, Presidente Comisión Evaluadora
   Catedrático Departamento de Dermatología, Recinto de Ciencias Médicas
4. Prof. José Joaquín Villamil
   Presidente Estudios Técnicos, Inc.
5. Sr. Juan Eliza Colón
   Presidente, Unión General de Trabajadores
6. Dr. Carlos Girod
   Ex - Decano
   Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
7. Lcdo. Domingo Torres
   Director Ejecutivo, Hospital Menonita
8. Dr. Héctor Candelas
   Médico Primario
9. Dra. María Rosa
   Decana Escuela Ciencias de la Salud, Universidad del Turabo
10. Lcdo. Salvador Rovira
   Director Ejecutivo, Fondo del Seguro del Estado
11. Dr. Luis Izquierdo Mora
   Ex–Secretario de Salud
12. Dr. Carlos Díaz
   Ex–Procurador del Paciente
13. Dr. Alberto Varela
   Psiquiatra
14. Dr. Hiram Arroyo Acevedo
   Director Departamento de Ciencias Sociales,
   Escuela Graduada de Salud Pública

Los funcionarios designados de la Comisión fueron ratificados en la primera reunión del 22 de Febrero:

1. Dra. Elena Batista Valentín
   Directora Ejecutiva Comisión Evaluadora

2. Dr. Angel L. Rivera
   Secretario Comisión Evaluadora

3. Lcdo. Igor Ortiz Morales
   Asesor Legal Comisión Evaluadora

En su primera reunión, del día 22 de Febrero de 2005, la Comisión aprobó su Misión:

Estudiar, evaluar y recomendar propuestas de acción para mejorar el estado de salud de la población, la eficiencia y efectividad del sistema de salud, el acceso a servicios, y el desarrollo óptimo y articulado de los programas de formación de profesionales de la salud; a la luz de las influencias del ambiente social, político, legal, económico y físico, las prácticas personales de salud, y los resultados e impacto de los planes de seguros de salud gubernamental y privado en Puerto Rico.

Además, aprobó las Metas y Objetivos Generales del esfuerzo evaluativo de la Comisión:

I. Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de los indicadores sobre el estado de salud de la población y los indicadores sobre el desempeño del Sistema de Salud.

   a. Estudiar críticamente los indicadores del nivel de salud de la población de PR.
   b. Analizar indicadores objetivos relacionados al funcionamiento del Sistema de Salud, tanto a nivel público como privado.
   c. Evaluar el nivel de logro alcanzado del Sistema actual, en términos de sus resultados e impacto social y de la satisfacción con el mismo.
   d. Comparar indicadores sobre el desempeño del Sistema de Salud de Puerto Rico con el de otros países.

II. Crear un espacio de diálogo y colaboración entre amplios sectores sociales interesados en mejorar el estado de salud de la población y el desempeño del Sistema de Salud.

   a. Llevar a cabo actividades evaluativas con la participación y colaboración de los diversos componentes del Sistema Intersectorial de Salud de Puerto Rico, que incluye agencias gubernamentales y privadas relacionadas a la salud, la comunidad y sus múltiples entidades, la academia, las aseguradoras, asociaciones de profesionales de la salud, patronos e inclusive los medios de comunicación.

   b. Llevar a cabo vistas públicas en por lo menos cuatro áreas geográficas diferentes; con la participación y representatividad de los diversos grupos de interés para mejorar el Sistema de Salud.

   c. Trabajar colaborativamente en la evaluación y análisis estratégico situacional y en la elaboración de propuestas para transformar el actual Sistema de Salud.

III. Recomendar acciones intersectoriales a base de la evidencia empírica estudiada, que sustente la toma de decisiones estratégicas para lograr la Visión de la Comisión del Sistema de Salud de Puerto Rico, del futuro.

a. Proponer opciones de cambio que propicien el acceso universal a servicios de salud, la calidad de los mismos, la equidad en los cuidados de salud, la solidaridad, el respeto a la dignidad humana, los principios éticos en la práctica profesional, la satisfacción de los consumidores y proveedores y la efectividad, eficiencia y eficacia del nuevo Sistema de Salud de PR.

b. Presentar recomendaciones para garantizar la participación continua de la comunidad y de los profesionales de la salud, en el mejoramiento del Sistema y fomentar las buenas prácticas personales y sociales que promuevan los más altos niveles de salud de la población.

En la primera reunión de la Comisión todos/as los/as presentes firmaron un acuerdo de confidencialidad de la información y de los procesos de trabajo del grupo. (Ver Apéndice A). Además, en esta primera reunión, se aprobó el Reglamento de la Comisión y el Plan de Trabajo General. (Ver Apéndices B y C). Como se observa en el Plan de Trabajo, se subdividió las responsabilidades de la Comisión en seis grandes etapas o fases: Asuntos Administrativos, Diseño de la Evaluación, Recopilación y Procesamiento de Datos, Análisis e Interpretación de la Información, Conclusiones y Recomendaciones y Cierre de los Trabajos de la Comisión. Los informes de Progreso de los trabajos de la Comisión a la Oficina del Gobernador se presentaron en acuerdo a este Plan de Trabajo inicial.

Desde la primera reunión se inició la organización de los comités permanentes de la Comisión, en acuerdo al Reglamento aprobado. Inicialmente, se constituyeron siete comités: Financiamiento, Educación de Profesionales de la Salud, Ética, Estructura Organizacional, Salud Mental, Servicios de Salud, e Impericia Médica y Asuntos Legales y Reglamentarios. Durante el mes de Abril se constituyó el Comité de Promoción de Salud, Prevención de Enfermedades y Protección de la Salud y un grupo de trabajo para estudiar la situación de las personas sin seguro de salud en Puerto Rico. Todos los demás Comités se constituyeron entre el mes de Febrero y Marzo de 2005. El Comité de Financiamiento determinó posponer su trabajo hasta que los demás Comités presentaran sus recomendaciones. En el Apéndice D se presenta el Directorio de la composición de todos los Comités permanentes de la Comisión.

Marco conceptual y valorativo

En esta sección se incluye un breve resumen de los principales referentes teóricos, fundamentos, valores, modelos y enfoques en torno a la investigación, la planificación y la evaluación en el campo de la salud pública. A continuación

se describirá los conceptos principales que sirven de guía y referencia general para el esfuerzo evaluativo llevado a cabo por la Comisión.

Los trabajos de la Comisión se llevaron a cabo en un marco conceptual de carácter interdisciplinario. Partimos del supuesto de que la salud, y por ende el sistema de servicios que giran en torno a la misma, implica una actividad social institucionalizada de carácter complejo que sólo puede entenderse, evaluarse y transformarse en el marco de una perspectiva interdisciplinaria que permita trabajarla en su múltiples dimensiones. Desde el principio quedó claro en la forma misma en que se organizaron los trabajos de la comisión que era necesario evitar reducir el estudio del sistema de salud a aspectos meramente tecnocráticos y económicos y que tenía que incorporarse consideraciones de tipo histórico, social, político, psicológico, filosófico y ético, en adición las técnicas.

Esta perspectiva interdisciplinaria se tradujo, en términos generales, en tres líneas de investigación que se integran en el marco conceptual:

En primer lugar, los fundamentos filosóficos valorativos que nos permiten clarificar los fines y bienes humanos y sociales legítimos a cuya realización se orienta el Sistema de Salud y que y que son los que en última instancia nos permiten evaluarlo como adecuado o no. El diseño, construcción y evaluación de un sistema de salud requiere contestar a preguntas tales como qué clase de ser humano o calidad de vida queremos; qué clase de sociedad aspiramos a contribuir a construir por medio del sistema de salud; qué derechos adjudicamos a las personas y cuál es la responsabilidad del Estado en relación a los mismos; cuál es la misión y los valores y metas que deben orientar a los servicios y los profesionales de la salud; cómo concebimos la relación médico-paciente, etc. Las respuestas a estas preguntas dan paso a la elaboraración de criterios para la evaluación critica y constructiva, que nos permiten ir, más allá de la mediocridad de los que tenemos, a la búsqueda de la excelencia en los servicios de salud

En segundo lugar, las consideraciones de tipo histórico-social-político que nos llevan a examinar el presente Sistema de Salud en la perspectiva de su desarrollo a través del tiempo, de los cambios, necesidades e intereses sociales que lo condicionan y las luchas de poder a las que responde. La perspectiva histórica-social nos ayuda a identificar las condiciones y fuerzas que ha ido moldeando contextualmente la actividad en salud y que en gran medida explican el funcionamiento del sistema, las razones de sus logros y limitaciones y las posibilidades de su transformación. Si la perspectiva filosófica-ética nos permite vislumbrar el sistema de salud que necesitamos y deseamos y, por ende evaluar las limitaciones del que tenemos, la histórica-social-política nos permite identificar la fuerzas que obstaculizan y las que facilitan la construcción de estrategias para su transformación en dirección del ideal.

En tercer lugar, el marco conceptual responde en su aspecto más técnico a la necesidad especifica de evaluar un "sistema de salud" de acuerdo a los parámetros reconocidos en este campo profesional. Esta línea de investigación y evaluación incorpora la experiencia acumulada a escala mundial por los profesionales de la salud en torno a la evaluación de los sistemas de salud. Este aspecto nos permite "aterrizar", es decir, adecuar nuestras estrategias de investigación, evaluación y transformación a la realidad de las prácticas en salud y con ello hacer más efectiva nuestra actividad. Este basamento teórico se fundamenta principalmente en Aday, L. A. et al. (1998) Evaluation of Health Care Systems, Evans & Stoddart (1994) Producing Health, Consuming Health Care, Institute of Medicine (2002) The Future of Public Health, Kar (1989) Health Promotion Indicators, Lerner (1995) Population-based Health Services Delivery Model, Oleske (1995) Epidemiologic Model of the Factors Influencing Health Status, Rohrer (1996) Community Oriented Health Systems Planning and Evaluation, Poister (2003) Performance Measurement System, Shallock (1995) Outcome-Based Evaluation Model, Ginter, Swayne, Duncan (2002) Strategic Management Process in Health Care Organizations, en publicaciones científicas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud y en el Estudio del IOM (2002) sobre el Futuro de la Salud del Público en el siglo 21.

Fundamentos filosóficos valorativos en torno a la salud

En último término, el sujeto fundamental de la ética es la persona humana misma, adecuadamente considerada. Pero la ética no tiene como objeto la censura o el castigo; al menos no es ésa su principal razón de ser. Desde sus mismos orígenes, en la Atenas clásica, esta disciplina ha tenido que ver con el desarrollo humano, con la realización plena de la persona, así en sus relaciones sociales como en la interpretación que de sí mismo haga. Bien es verdad que a la altura de nuestros tiempos, en el contexto de la cultura posmoderna, no es fácil alcanzar consenso acerca de lo que significa "el bien humano"; y también es verdad que se hace altamente necesario llegar a un acuerdo respecto de los mínimos antropológicos si se quiere formular grandes directrices éticas que tengan sentido y contenido congruente para todos. Los principios y normas morales deben estar, en definitiva, al servicio de esa antropología filosófica mínima que por ahora no podemos desarrollar, pero que, cuando menos, sí podemos esbozar.

Los humanos somos seres inteligentes, capaces de sentir, amar, elegir y razonar. Estamos inevitablemente obligados a escoger un proyecto de vida. Y dicho proyecto solamente se puede realizar si colaboramos con otros seres humanos y con el resto de los seres vivos. La existencia en relación unívoca o interpenetrada con otros seres humanos y demás criaturas posibilita nuestra realización, pero también nos impone (o debe imponernos) límites. Por lo menos en parte, dichos límites tienen que ver con nuestra naturaleza humana: somos mortales, finitos, sujetos de enfermedades, sufrientes, potencialmente

peligrosos contra otros, etc. Las normativas éticas se formulan, precisamente, para limitar los daños que podamos hacer o recibir y para maximizar las posibilidades de autorrealización de cada persona en el ámbito de la comunidad. Más que nada, queremos destacar que el ser humano es holístico, una realidad bio-psico-social Es incorrecto, por eso, separar salud física, salud mental y bienestar social. Una sociedad injusta es una sociedad enferma. De manera análoga, la atención a la salud física debe correr pareja con la atención a la salud mental, pues cuerpo y mente son realidades de una misma unidad,

Un sistema de salud tiene como misión propiciar y conservar la salud como un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la sociedad. Para evaluar la calidad de nuestro sistema de salud es indispensable preguntarse si éste, en efecto, propicia y conserva la salud del puertorriqueño, entendida en este sentido amplio que dejamos apuntado.

Es importante subrayar que la salud no es la mera ausencia de enfermedad como tampoco se reduce a la sola prestación de servicios de salud remediadores. Es preciso entender la salud desde una perspectiva más amplia, como parte del proyecto existencial de los sujetos autónomos que son los hombres y mujeres que forman parte de nuestra sociedad y que son, en definitiva, autores y gestores de su propio proyecto existencial. La misión de un sistema de salud bien estructurado, desde el punto de vista bioético, está encaminada a potenciar la autonomía de las personas de cara a la consecución de una doble finalidad: 1) la autorrealización de cada uno en el plano persona, conforme a su propio proyecto de vida; 2) contribuir al bien común a través de la promoción y protección de la salud de los miembros de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como el estado de cabal bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano. Es evidente que dicha definición tiene la enorme ventaja de no reducir la salud a los estrechos límites de la estricta biología y la práctica de la medicina remediadora. Pero, de otra parte, se trata de un concepto tan abarcador que, si se toma en su literalidad, nos dejaría a todos carentes de salud o enfermos. Sin embargo, es posible tomarlo como punto de partida para elaborar el concepto de salud amplio y holístico que estamos buscando. Dicho concepto debería tener en cuenta todas las dimensiones de ese complejo ser que es la persona humana: singularidad radical y necesariamente social, biología y sicología, cuerpo espiritualizado y espíritu encarnado[3].

Otra posible definición de la salud, que podría resultarnos válida para nuestros fines, ha sido propuesta por el historiador de la medicina y bioeticista español

---

[3] Sin que sea en modo alguno necesario entender el espíritu como una sustancia independiente del cuerpo, a modo del dualismo platónico-agustiniano.

Diego Gracia (1991). Para ese autor la salud es “la capacidad para apropiarse del propio cuerpo en orden a la realización del propio proyecto de vida”. Esta segunda definición tiene la ventaja de ser menos ambiciosa que la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin dejar por ello de incluir dimensiones que van más allá de la pura materialidad médico-biológica. La salud tiene, pues, un componente subjetivo, relativo al proyecto de vida de cada persona. Ahora bien, si la salud se entiende de esta manera, no podemos limitar una reforma de salud a la sola prestación de servicios médicos para remediar condiciones de salud de los ciudadanos. Mucho menos puede equipararse la reforma de salud con la privatización de dichos servicios.

Proponemos una revisión del Sistema de Salud desde la perspectiva salubrista de promoción y protección de la salud, caracterizada, en primer lugar, por una visión interdisciplinaria y multidimensional del fenómeno “salud”, es decir, tal como lo hemos definido. En el párrafo anterior hemos aludido al componente subjetivo de la salud. Ahora queremos remarcar su componente social. No se puede olvidar que la enfermedad también tiene causas sociales. Las condiciones sociales, tales como, la pobreza, la falta de acceso a la educación en salud, las condiciones inadecuadas de higiene pública en ciertas comunidades, la estructura familiar, el desempleo, la poca disponibilidad de servicios, la falta de acceso a recursos relacionados con la salud y los hábitos de vida poco sanos son factores que tienen una repercusión importante en la salud y en la expectativa de vida de las personas (Krieger, 2001). De hecho, hay razones para pensar que la justicia social es un componente importante en la salud de las poblaciones[4]. El sistema de salud articulado, promovido y gestionado por un gobierno que quiere ser democrático, como el nuestro, no debe descuidar estos componentes sociales en la etiología de la enfermedad, entendida como el conjunto de patologías y condiciones que impiden que los ciudadanos se apropien de su propio cuerpo en orden al desarrollo de sus propios proyectos existenciales. Por lo tanto, es imperioso que superemos la concepción individualista y estrictamente biomédica-remediadora del Sistema de Salud.

El sistema de salud, como aquí se concibe y propone, no se limita, pues, a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, sino que exige una concepción nueva del sistema de salud que incluye la promoción, protección y educación en salud, la prevención, el trabajo comunitario y el apoderamiento de las comunidades. Por supuesto, esto no indica que el papel de la medicina remediadora, tanto curativa como remediadora, deje de ser esencial dentro del sistema. Lo que significa es que otros profesionales y sus competencias, además de los médicos y de las compañías aseguradoras, deben desempeñar un papel de primer orden en el sistema de salud: hablamos de salubristas, de

[4] Cf. Daniels N., Kennedy B. y Kawachi I., editors (2000), *Is Inequality Bad for Our Health?,* Boston, Beacon Press; Rhodes R., Battin M. P. y Silvers A., editors (2002), *Medicine and Social Justice,* New York, Oxford University Press.

educadores en salud, de trabajadores sociales, por ejemplo. Y, desde luego, el papel protagónico debe jugarlo el pueblo mismo, que es la razón principal de nuestros esfuerzos.

Cualquier reforma de salud tiene que nacer, si ha de tener legitimidad moral, de un amplio diálogo social, precedido por esfuerzos de educación de la comunidad en el campo de la salud. Las decisiones que, inevitablemente, habrá que tomar en cuanto al establecimiento de prioridades en la distribución de recursos carecen de legitimidad democrática –y, por ende, de legitimidad moral en una sociedad que pretende ser democrática- si no es el fruto de un diálogo en el que han tenido la oportunidad de participar todos los interlocutores sociales. Desde la ética dialógica, puesta a punto por autores como J. Habermas y K. O. Apel, la legitimidad democrática de las normas exige que todos los afectados hayan estado representados en el diálogo que las elaboró y que puedan vivir con las consecuencias.

A una conclusión semejante se puede llegar desde otro abordaje, más corriente en la literatura bioética. No olvidemos que la bioética y el bioderecho, elaborados durante las últimas tres décadas, han insistido mucho en el concepto del consentimiento informado. Según esta doctrina ética y legal, tanto el paciente como el sujeto de investigación tienen derecho a una información completa y asequible para poder tomar las decisiones adecuadas en cuanto al cuidado de su salud o a la participación en experimentos biomédicos. Esto es así porque en el ámbito de la salud entran en juego, inevitablemente, elementos subjetivos, valorativos, que tienen que ver con los proyectos existenciales de las personas. No son decisiones que puedan tomar los técnicos y los burócratas, por muy competentes que éstos sean. Las decisiones existenciales no son patrimonio de expertos. Si esto es válido para los individuos, ¿no habría de serlo también, mutatis mutandis, para la sociedad? Por lo tanto, una genuina reforma de salud pasa por el apoderamiento del ciudadano para hacerse cargo de su propia salud y poder participar competentemente en el desarrollo del proyecto de salud de la comunidad.

En este sentido tendríamos que decir que un sistema de salud que coloca al ciudadano en situación de dependencia frente al Estado proveedor o frente a las empresas privadas que convierten las prestaciones de servicios de salud en una “industria” con fines estrictamente pecuniarios es inaceptable desde el punto de vista de una ética social humanista, crítica, democrática y emancipadora.

Hay tres principios que han venido a ser ampliamente -aunque no universalmente-aceptados como rectores de la Bioética:

1) El respeto a la dignidad de las personas y a su autonomía de decisión.
2) La justicia distributiva acompañada de un correcto apoderamiento comunitario en el campo de la salud.
3) La beneficencia y no maleficencia.

Estos principios nos brindan un amplio margen para elaborar una reflexión bioética que trascienda el estrecho marco de la concepción exclusivamente médica y biologicista de la salud, de la enfermedad y del ejercicio de la autonomía por parte del ciudadano cuando está en juego su salud. Nuestro propósito al respecto ha sido desarrollar un marco de referencia axiológico que permita una lectura y una evaluación más amplia–que podríamos llamar holística- del Sistema de Salud de Puerto Rico para la población indigente, dentro del cual se incluye la actual reforma de las prestación de servicios de salud, pero que, necesariamente, la trasciende. Como corolario de lo expresado, se plantea esta pregunta fundamental: ¿Cuál es el impacto del actual sistema de salud y de su respectiva reforma sobre la observancia de los principios éticos que acabamos de enunciar? Se trata de contestar si el sistema vigente está estructurado de tal manera que haga posible al ciudadano-paciente y a los profesionales interactuar desde las expectativas éticas que corresponden a la relación profesional-institución-paciente, y si todo esto contribuye a que nuestro entorno de salubridad sea más justo y democrática.

El respeto por la autonomía exige que se reconozca que los adultos capacitados pueden desarrollar y hacer sus propias opciones y obrar en conformidad con sus valores y creencias. Para poder tomar sus propias decisiones necesitan estar adecuadamente informados y tener un abanico razonable de alternativas. Expresado negativamente, el principio de respeto por las personas y su autonomía exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por otras personas a controles externos inapropiados que limiten el justo ejercicio de su libertad personal. Además de las obligaciones contenidas en la formulación negativa, el principio de respeto por la autonomía contiene también obligaciones positivas en el campo de la salud. Por ejemplo, los profesionales de la salud y las compañías aseguradoras están obligados, en principio, a suministrar información completa y veraz a los pacientes acerca de su diagnóstico, pronóstico y alternativas viables de tratamiento, incluyendo los riesgos involucrados en el mismo. En relación al profesional, este debe conducirse con total independencia profesional y no rendir sus principios, discreción y prerrogativas profesionales reconocidos por las leyes del país.

El principio de la justicia distributiva exige que, por lo menos, se garantice a los ciudadanos una igualdad de oportunidades de acceder a los conocimientos y a las fuentes de enriquecimiento y de poder que existen en una comunidad política, eso sin que las desventajas iniciales, es decir, las resultantes de la lotería biológica o social, les impidan dicho acceso; al respecto hay que decir que las únicas desventajas permitidas son aquellas que no se pueden suprimir por razones naturales y cuya supresión redundaría en una situación de injusta desventaja para la ciudadanía.

Este principio se refiere también al responsable y buen manejo de la distribución de los recursos de salud, sin importar si éstos son escasos o abundantes.

Cuando la demanda por servicios excede la capacidad de recursos del Sistema de Salud, se deben establecer sistemas de racionamiento y distribución completamente equitativos, esto es, sin cometer discriminación por ningún motivo. La justicia tiene que ver con lo que le es debido a cada uno, con aquello que de alguna manera le pertenece o le corresponde; por eso tradicionalmente se ha dicho que la justicia consiste en darle a cada uno lo suyo, lo que le pertenece por derecho. En el ámbito biomédico la dimensión -o "especie"- de la justicia que más nos interesa es la correcta distribución, y esto se refiere, en sentido amplio, al reparto equitativo tanto de los derechos y beneficios como de las responsabilidades y cargas en la sociedad. Los problemas de distribución surgen cuando los bienes son escasos y las necesidades son grandes.

Por el sistema de salud entendemos el conjunto de iniciativas, políticas, prácticas e instituciones establecidas para promover, mantener y remediar la salud de los 3.8 millones de personas que vivimos en Puerto Rico de los cuales alrededor de 1.5 millones son médico-indigentes. El Gobierno no es, como ya hemos indicado, el único responsable por la salud de los ciudadanos. Pero a nadie se le oculta que le toca jugar un papel central como promotor de una política adecuada y racional de promoción y conservación de la salud y como gestor de la justicia distributiva. Desde antiguo se ha dicho que la justicia distributiva es la virtud del príncipe, es decir, de aquél que es el responsable por el bien común de la comunidad. Al Estado le toca garantizar la existencia de estructuras sociales favorables a la salud de los ciudadanos, así como garantizar el acceso a prestaciones sanitarias de calidad para todos los ciudadanos, incluidas las clases menos favorecidas económicamente.

Además, en nuestro país, el Estado tiene un deber constitucional de proteger el derecho a la salud que poseen los ciudadanos tanto en base a nuestra constitución como a la carta misma de los derechos humanos fundamentales sancionada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Como consecuencia de esta carga que le impone la Constitución, el Gobierno del ELA de Puerto Rico tiene que garantizar la existencia de una infraestructura institucional y financiera que permita brindar la atención adecuada a las necesidades básicas de salud de toda la población del país. Esto requiere la formulación de un plan de salud global, como ya se ha señalado antes, que incluya la educación, la prevención, el apoderamiento de las comunidades y la garantía de las prestaciones médicas básicas a las poblaciones médico indigentes. La articulación de esta política tiene que ser, en una sociedad democrática como la nuestra, el resultado de un amplio diálogo social en el que puedan participar todos los interlocutores sociales interesados, que en el caso de un bien tan fundamental como la salud es toda la sociedad, ya que ésta incumbe a todos. Está de sobra decir que el sistema de salud debe atender a las necesidades e intereses del conjunto de la sociedad y no a los intereses económicos o político partidarios de unos segmentos de ella.

Aun cuando es evidente que determinadas desigualdades son ineludibles, la

sociedad tiene el deber de aminorar hasta donde sea posible dichas desigualdades. En el ámbito de la salud, este principio exige que el Estado le garantice a cada ciudadano una educación fundamental al respecto, a fin de que éste pueda asumir claramente las responsabilidades personales que atañen a su salud. El Estado también debe garantizar a cada uno, independientemente de su condición social, una cesta básica de servicios se salud de calidad.

Muy relacionado con este segundo principio está el valor de la responsabilidad solidaria en el campo de la salud. Antes de ser un principio moral, la solidaridad es un hecho de la realidad. Los seres humanos compartimos unos con otros un mismo planeta, una única historia y un idéntico proceso de evolución biológica. La crisis ecológica y, más recientemente, el fenómeno de la globalización han puesto de relieve, diríamos que con dramatismo, esta índole solidaria de nuestra especie. Esta solidaridad de hecho genera deberes morales de diversa índole: tanto deberes de auxilio presente como responsabilidad compartida de cara al futuro. Esto implica que la sociedad tendrá que tomar decisiones, a veces duras, que garanticen la equitativa distribución de recursos, tanto educativos como de medicina remediadora, entre los miembros de la sociedad.

El principio de no maleficencia nos prohíbe hacer daño intencional e injustificado a otras personas, es decir, a sabiendas de que se está lesionando o violando los derechos e intereses de alguien. Los daños morales pueden incluir perjuicios a la vida, a la salud, a la reputación, violación a la intimidad, a la libertad, a la propiedad, y otros. Algunos autores limitan y restringen la noción de "daño" a los perjuicios físicos y psicológicos relacionados con la salud y la vida. Beauchamp y Childress dicen que cualquiera de las dos definiciones, la amplia o la restringida, es aceptable para su reflexión. En el contexto de la relación proveedor-paciente, esto significa que bajo ninguna circunstancia el profesional está autorizado a hacerle daño al paciente, por lo tanto también presupone el obligatorio ejercicio de la prudencia en las acciones y en la toma de decisiones en el ánimo de evitar, ya por comisión u omisión culposa, dañarlo. Se tiene especial cuidado en evitar hacer daño mental, físico o moral a la persona que deposita su confianza en el sistema de cuidados de salud. Si luego se descubre que hubo un acto de impericia por omisión o por comisión, sea por iatrogenia o de origen nosocomial, el profesional o los oficiales responsables proceden a notificar al paciente sobre el daño que se pudo haber cometido y su deseo de remediar la situación para evitar daño mayor.

El principio de beneficencia es, por contraste con el apartado anterior, la otra cara de una misma moneda y se refiere a la obligación moral de obrar siempre para un mayor bien. En el ámbito de la salud se refiere habitualmente a las obligaciones que tienen los profesionales de la salud a servir de la mejor manera a las necesidades e intereses de sus pacientes, o sea, actuar siempre con buen propósito e incluso a asumir algunos sacrificios y molestias en el afán de darles lo mejor. Significa, además, que el profesional debe convertirse en el abogado idóneo de los intereses de los pacientes y que su lealtad primaria debe estar

comprometida a favor de ellos. La beneficencia como principio exige que el profesional ofrezca al paciente la información oportuna y los cuidados necesarios para que éste pueda preservar, recuperar y mejorar su condición de salud, y, asimismo, también obliga a las organizaciones que prestan servicios de salud, sean éstas hospitales, aseguradoras u otras facilidades de salud.

Concretamente esto significa que:

- El profesional sólo recomienda cuidados necesarios y apoyados en evidencia científica.
- El profesional se mejora constantemente con el objetivo de ser más efectivo al hacer el bien al paciente.
- El profesional aboga a favor de su paciente ante las agencias públicas y privadas pertinentes.
- El profesional no oculta información que el paciente necesita para tomar decisiones ilustradas, incluyendo los riesgos involucrados.
- El profesional recomienda u ofrece servicios de salud mental, social o física independientemente del costo de tales servicios.
- El factor costo del servicio *capitado* no debe impedir que el profesional sea compasivo y responsable en el cuidado y defensa del bienestar del paciente.

Contexto social presente e histórico de los trabajos de la Comisión

El entorno inmediato de la Comisión ha sido fuente de inspiración y motivación, por la frecuencia de eventos relacionados al deterioro de los estilos de vida en Puerto Rico y situaciones controversiales que evidencian serias deficiencias del Sistema de Salud de Puerto Rico. Por otro lado, entre las múltiples situaciones de carácter macro social que han ocupado la atención de la ciudadanía, que son parte del ejercicio de evaluación en el campo de la salud pública ha sido la crisis fiscal del Gobierno, los aumentos en el costo de los servicios de energía eléctrica, agua, y peaje, entre otros.

Se ha presenciado situaciones que demuestran los problemas principales de salud pública que aquejan al pueblo. Entre ellos destaca los hábitos alimenticios que propenden a una mala nutrición, el sedentarismo, el estrés y las presiones económicas de las parejas y familias. Se han registrado estadísticas alarmantes de problemas sociales que denotan una gran patología social, entre los que se encuentra la alta incidencia de violencia y maltrato de niños, viejos, y mujeres; la delincuencia, los crímenes, los homicidios, la drogadicción, y la desintegración de la familia. Se observa también un alto grado de insatisfacción con los servicios de salud y las respuestas que éste ofrece a las complejas necesidades de salud de la población.

En general, se ha observado, estilos de vida de alto riesgo, que tienen implicaciones de intervenciones costosas en el Sistema de Salud, tales como: más personas obesas; poca actividad física y hábitos tóxicos como el

alcoholismo y el tabaquismo, que todos contribuyen de una forma u otra a enfermedades evitables. En definitiva, este cuadro de factores de riesgo apunta a una sociedad en estado de entropía social avanzada, que se expone a contraer enfermedades crónicas que requieren atención de salud cada vez más costosas y especializadas. No obstante, mirando a futuro con expectativas positivas de cambio; durante estos meses, la Comisión ha observado también diversas actividades que demuestran existe un reconocimiento en Puerto Rico, que esta situación social en deterioro requiere prioritariamente intervenciones ágiles y efectivas de promoción de salud, y de prevención primaria y secundaria. Además, requiere de alianzas multisectoriales entre el Gobierno, las empresas privadas y el sector sin fines de lucro para empezar la necesaria reconstrucción social, postulado clave del enfoque y marco conceptual del trabajo de la Comisión.

Por otro lado, la situación política partidista del país, aunque ha pesado como espada de Damocles sobre los trabajos de esta Comisión, no ha impedido que estos diez meses de estudio de la situación del Sistema de Salud de Puerto Rico, se hayan caracterizado por un análisis objetivo, crítico e imparcial de la información recibida de diversas fuentes fidedignas. Ha prevalecido en la Comisión un espíritu reflexivo y colaborativo entre todos/as los/as Comisionados/as y los funcionarios/as de la Comisión. Se ha logrado movilizar diversos grupos de interés para aportar sus preocupaciones, inquietudes e ideas sobre alternativas de solución al diagnóstico situacional encontrado fuera de líneas partidistas.

El Sistema de Salud de Puerto Rico como se conoce al año 2005, es producto de una larga trayectoria histórica que se inicia antes de la colonización española; a través de las culturas indígenas, principalmente la taína. En aquella época en Puerto Rico existía una rica fauna y flora, un denso bosque que se extendía a través de toda la Isla, caudalosos ríos, tierras muy fértiles y un mar que ofrecía alimentación sana. El ambiente natural creaba las mejores condiciones para mantener la salud de estos primeros pobladores de la Isla. El indio taíno utilizó sin saberlo, principios básicos de salud pública por su reverencia a la naturaleza, el buen uso de los recursos naturales, y sus respetuosos rituales y ceremonias. Inclusive, la figura del bohíque o bujití, el curandero que mostraba con humanitario esmero su conocimiento de las plantas curativas; también ejemplifica un ideal para los profesionales de la salud del presente; ya el bohíque se responsabilizaba por la salud de su pueblo. Si al presente Puerto Rico contara y conservara su ambiente como en esta época, y si los servicios de salud pública estuvieran más cerca de las necesidades de la población; probablemente, contaríamos con el mejor sistema de salud del mundo entero. González, R (1995).

Ya para principios del siglo diecinueve, durante el mandato del régimen español, se documenta que Puerto Rico contaba con un grupo de cerca de 53 médicos; distribuidos en los municipios de San Juan, Ponce y Mayagüez. En

esta época los gobiernos municipales eran responsables del cuidado de salud de las personas. Para el año 1814, se crearon las Comisiones Sanitarias en todos los municipios existentes; o sea, se empieza a crear la primera infraestructura de un incipiente Sistema de Salud. La estructura organizacional responsable de la salud estaba bien cerca de la población; concepto fundamental de una buena práctica de salud pública. (Arbona, G. 1997).

Luego de la ocupación Norteamericana (1898), se inicia en Puerto Rico, un programa de vacunación contra enfermedades transmisibles. Para el año 1899 se crea la primera Junta de Salud con un mandato de proteger la salud ambiental, ofrecer cuidado preventivo, establecer legislación de salud, estadísticas vitales, licenciamiento del personal de la salud y certificación de las facilidades de salud. Nuevamente se observa que estas responsabilidades son hoy día parte de las conocidas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Es decir, las bases del Sistema de Salud de Puerto Rico en la tercera etapa de desarrollo, también estuvieron cimentadas en principios básicos de la salud pública. (Arbona, G. 1977).

A lo largo del siglo diecinueve, se empieza a cuestionar el concepto de la salud como la ausencia de padecimientos que pueden causar la muerte. Despierta en Puerto Rico una generación que empieza a vincular el problema de la salud al de la ética, la política y la legislación anticolonial. A partir del 1930 se plantea el problema de la salud pública y de los servicios de salud como empresa del Estado. Se percibe la salud como ausencia de enfermedad, que se obtiene por tratamiento médico.

No obstante, ya en la época de la posguerra los organismos internacionales plantearon la salud como un derecho. Se entendía que era el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes y servicios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. En esta época muchas necesidades de salud de la población se atendían por campañas educativas sanitarias que ayudaban a las personas a asumir responsabilidad y competencia para proteger su salud. Para el año 1948 comienza la primera reforma de los servicios de salud en Puerto Rico. (Villarini, A.R. 2005 e Izquierdo Mora, L. 2001).

Para el año 1950 el Sistema de Salud de Puerto Rico era primordialmente operado por el Gobierno a través del Departamento de Salud. Existía un modelo de regionalización de servicios donde la atención a la salud era a través de regiones de salud, basadas en estudios epidemiológicos de la población, y en los niveles de servicio primario, secundario y terciario. Se definió la regionalización como la organización de servicios de salud en un área definida con el propósito de proveer el nivel más alto posible de cuidado médico, de acuerdo a los recursos disponibles. Este fue un modelo que surge de un proyecto piloto reconocido internacionalmente. A la par de estos desarrollos, la legislación federal proveyó fondos mediante la Ley Hill Burton para la construcción de facilidades de salud; lo que permitió la construcción de

facilidades físicas para el Sistema de Salud público, a niveles primario, secundario y terciario. (Arbona, 1977).

Para el 1952 se inicia el mecanismo del seguro de salud con la inauguración de la primera aseguradora Cruz Azul y en 1959 la aseguradora Triple S. Entre la década del cincuenta y el setenta continua el desarrollo de dos sistemas de servicios de salud paralelos: el privado y el público. Ya en esta época se reconocía la existencia de duplicidad de servicios, fragmentación del paciente y serios problemas operacionales en ambos sectores. Para el 1965, el Gobierno Federal incluye a Puerto Rico en el programa de Medicare para personas mayores de 65 años y en el programa de Medicaid, para las personas de bajos ingresos. Estos dos programas introdujeron nuevos recursos económicos que impactaron tanto el sector gubernamental como el privado.

En la década del setenta se proponen reformas abarcadoras para hacer realidad el derecho a la salud, anteriormente propuesto a nivel internacional. En 1976 se estudia la posibilidad de crear un Seguro Universal de Salud, pero fue derrotado por la presión de la Asociación Médica de Puerto Rico. Mientras tanto, se sigue estructurando el Sistema de Salud a base de: servicios de salud del Gobierno para las personas médico indigentes y servicios de salud privados pagados por patronos o por las personas a nivel individual, a base de un seguro de salud privado y el Plan de Medicare.

Para el año 1993 se genera la octava y última reforma del Sistema, mediante la Ley 72 de 1993. Esta ley intenta hacer valer el derecho a la salud, pero ocurre dentro del marco del neoliberalismo; por lo cual transforma la salud a un bien de consumo y un bien de inversión. Se aleja la implantación de la ley del derecho humano a la salud. **La salud como un bien de consumo** convierte a la salud en un objetivo individual, personal; como la compra de cualquier aspecto material de la vida. En este enfoque o perspectiva de la salud, el Gobierno sólo debe velar por la calidad de los servicios, al igual que vela por cualquier otro bien material o servicio. **La salud como bien de inversión** considera que la salud es importante porque afecta la productividad de las personas. La salud es entonces un medio para el fin de producir los bienes y servicios que la sociedad necesita. A diferencia**, la salud como derecho** es el disfrute del nivel más alto posible de salud, sin distinción de raza, creencias políticas o condiciones socioeconómicas. (Green, A., 1992).

Mediante la ley del 1993, se mercantiliza la salud de la población médici indigente, se privatizan los servicios de salud, se venden facilidades de salud a precios por debajo de su valor y se trata de convertir al Estado exclusivamente en un regulador del Sistema de Salud. Además, se adopta el modelo de cuidado dirigido que predica la prevención para la reducción de costos de los servicios de salud, a través de un pago por persona, llamado *"capitation*". Mediante este modelo, los pacientes médico indigentes son asignados a un médico primario quien determina si la condición de salud amerita referidos a especialistas, a

pruebas diagnósticas o medicamentos. Este modelo genera serios dilemas éticos a los médicos al tener que racionar o limitar servicios a una población altamente vulnerable a enfermarse, porque la cubierta del Plan de Salud del Gobierno es excesivamente amplia, pero el *capitation* que recibe el médico por prima por mes no permite cubrir todo el costo de la cubierta. Por otro lado, las aseguradoras controlan los fondos que reciben los proveedores y se generan serios conflictos entre ambos, debido al control de utilización y de costos.

Tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico, el modelo de cuidado dirigido genera gran insatisfacción entre los pacientes por los impedimentos a acceso a servicios. Los médicos primarios se frustran por las limitaciones que imponen las aseguradoras a las decisiones médicas y los políticos están insatisfechos porque en la práctica el cuidado dirigido no ha logrado reducir costos. Además, el paciente pierde cada vez más su potestad a decidir sobre su salud. En palabras de Villlarini (2005), se crea un *apotestamiento fingido* al paciente y cada vez se ofrecen menos servicios de prevención primaria e inclusive secundaria, puesto que el médico primario no puede absorver con el *capitation*, todos estos servicios. Las tendencias del cuidado dirigido tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico es a favorecer las fuerzas del mercado y a las organizaciones con fines de lucro. Por otro lado, los altos costos de las nuevas tecnologías suponen un espiral de aumento en el costo de los servicios de salud a estas empresas privadas y de Gobierno. En consecuencia, se sigue aumentando las disparidades en el tipo y calidad de los servicios disponibles para las personas dependiendo de su nivel socioeconómico. (Andrzej, W. 2000).

Es bueno señalar que otro producto marginal de la “llamada reforma”del 1993 en Puerto Rico, es que ha dejado al Estado endeudado, y al Departamento de Salud, con mucha menos capacidad de ser el rector del Sistema. Por otro lado, las aseguradoras han asumido el control del proyecto de “reforma”, por lo cual han llevado a cabo funciones de interpretación de política pública en salud. El paciente médico indigente está cada vez menos involucrado y responsable de su estado de salud. Este paciente es dependiente de proveedores privados, que en una alta proporción no le ofrecen el mismo servicio que le ofrecen a su población de seguro privado. Si antes de la ley del 1993, Puerto Rico tenía dos sistemas de salud; el público y el privado (considerado en ese momento, como el de más alta calidad); ahora contamos con un tercer sistema seudo privado para la población médico indigente. Es el único de los tres subsistemas que tiene como filosofía el cuidado dirigido. Por otro lado, los planes de seguros de salud y los servicios de salud privados presentan síntomas de desgaste, de ineficiencias similares a los servicios de salud del Gobierno, tales como: largas listas de espera para citas, tiempo de espera para recibir servicios, restricciones a determinados procedimientos o pruebas diagnósticas; es decir, un sub sistema privado, también de dudosa calidad. A la luz de estos eventos, se creó en Puerto Rico, una Carta de Derechos del Paciente y legislación para conferir poder a los beneficiarios frente a los proveedores a través de una Procuradoría del Paciente.

En resumen, entre el año 1948 y el 2004, se han llevado a cabo ocho reformas de los servicios de salud en Puerto Rico; pero todavía no contamos con un verdadero Sistema de Salud, por la carencia de coordinación e integración de servicios, la falta de calidad, las inequidades existentes y la falta de articulación entre las partes del Sistema. En términos generales, en la actualidad el Sistema, que en sentido estricto no parece serlo, funciona con total desarticulación entre los tres subsistemas que lo componen y propende a crear nuevas formas de sujetación del paciente, éste se torna en mero "cliente" y "recipiente" de servicios y no en sujeto activo, individual y colectivo, que cuida de su salud y el derecho a la misma.

En el interés de establecer las bases que justifican la evaluación del actual Sistema de Salud, a continuación se presenta un análisis estratégico de los diferentes modelos de servicios que han existido a través de los años en Puerto Rico: la regionalización de servicios de salud, los planes de seguros de salud privados y otros seguros del Gobierno, el enfoque de cuidado dirigido y como medida de comparación se analiza a su vez, el seguro universal de salud de otros países industrializados. Es importante indicar que el Capítulo III de este informe presenta hallazgos generales principales del estado de salud de la población y el estado propio del Sistema de Salud de Puerto Rico; que de por sí constituyen elementos de juicio de esta justificación de la evaluación.

Con relación a la **regionalización de servicios de salud en Puerto Rico**:

En un Sistema de Salud a base del modelo de la regionalización, existe interdependencia y múltiples relaciones entre los componentes. Se logra la autosuficiencia de cada región en el desarrollo de una amplia variedad de servicios. Se requiere autonomía y responsabilidad operacional y presupuestaria, además de un sistema de evaluación para rendición de cuentas a todos los niveles. En este modelo, la jerarquía de servicios se diseña de acuerdo al tamaño de la población, sus necesidades de salud y al volumen de utilización de servicios.

Las regiones se crean a base de nódulos o núcleos. Éstas organizan el Sistema por componentes o elementos diferenciados funcionalmente, y por niveles de servicios, a base del análisis epidemiológico de cada área geográfica. En este modelo de servicios, la eficiencia aumenta por la división y delegación de responsabilidades y la autonomía presupuestaria a las Regiones de Salud. También logra acceso equitativo a servicios de salud independientemente de la condición socioeconómica, edad, sexo, raza o creencias religiosas o políticas de las personas.

Las principales fortalezas de la regionalización en Puerto Rico se resumen a continuación:

1. Se delimitaron las regiones de salud a base de criterios epidemiológicos.

2. Se estableció la infraestructura física y programática para la jerarquía de servicios por niveles, a base de grados de complejidad de las condiciones.
3. Se íntegró servicios de prevención primaria y secundaria.
4. Se logró acceso universal a servicios de salud.
5. Logró mejorar significativamente los niveles de salud de las personas.

Entre las debilidades, se destaca:

1. La carencia de la necesaria delegación de autoridad, responsabilidad y presupuesto a nivel regional y local.
2. Se redujo la calidad a niveles primarios por limitaciones en autonomía administrativa y fiscal a las regiones de salud.
3. Se registraron problemas en el referido y flujo de pacientes entre niveles de servicios.
4. Hubo una limitada participación de la comunidad organizada.
5. Existió indebida interferencia de elementos político partidistas a nivel estatal, legislativo y municipal.
6. Se careció de un sistema de información ágil y confiable para la evaluación del desempeño del Sistema de Salud. No se llevó a cabo evaluaciones periódicas del funcionamiento y del impacto del Sistema de Salud.

Con relación a los **planes de seguros de salud privados en Puerto Rico:**

En este modelo las aseguradoras pagan a los proveedores a base de tarifas por servicios rendidos. Los incentivos financieros a proveedores e instituciones están alineados a la obligación profesional de ofrecer el mejor cuidado de salud. Existe libre selección de proveedores primarios, especialistas, laboratorios, farmacias, hospitales y otros servicios de salud. Se utiliza el pago de deducibles y co-aseguros para el control de utilización de servicios y de costos. Existe en la comunidad una percepción de mayor calidad de servicio que en otros modelos de servicios de salud, porque existen pocas limitaciones para accesar servicios de salud personal. En este modelo existe amplia variedad de tipos de cubiertas y costos, dependiendo de la fuente de pago: empresas, pago directo o medicare, entre otros.

Por otro lado, el Gobierno crea seguros de salud para accidentados de automóviles (ACAA) y para personas que tienen accidentes del trabajo (CFSE). Estas dos organizaciones gubernamentales compran servicios de salud a proveedores privados y públicoss y en el caso de la CFSE, también ofrece servicios directos a sus accidentados a través de sus propias instituciones de salud.

Las principales fortalezas de los seguros privados, se resumen a continuación:

1. Libre selección de proveedores e instalaciones de servicios de salud.
2. El seguro de salud se convierte en instrumento para dar acceso a servicios.
3. Diversidad de mecanismos de financiamiento: medicare, empresas privadas, agencias de gobierno y pago directo.
4. Creación de protocolos clínicos para el manejo de enfermedades crónicas.

En términos de debilidades este modelo refleja lo siguiente:

1. Incremento en costos de servicios e inequidad en cubiertas.
2. Ineficiencia, complejidad y burocracia en procesos administrativos.
3. Se crean bolsillos de personas no aseguradas por estos planes ni por el Plan de Seguro del Gobierno.
4. No se provee servicios de alta calidad de forma consistente ni a todas las personas.
5. Aumento en restricciones a servicios de alta tecnología, y múltiples deducibles y co-pagos.
6. Genera competencia incorrecta entre aseguradoras, hospitales y Gobierno; que no añade valor al paciente.
7. Crea costos innecesarios al intercambiar costos entre aseguradoras, pacientes, e instalaciones de salud.
8. No existe sistema de evaluación en torno a la eficiencia y efectividad del sistema.
9. No fomenta la prevención primaria y secundaria de forma continua, uniforme y sistemática.

Con relación al **modelo de cuidado dirigido**, en Puerto Rico:

El Gobierno crea un plan de salud para personas médico indigentes a través de ASES, con el interés de lograr eficiencia, mejorar calidad y reducir costos de servicios. Los proveedores primarios se organizan como puerta de entrada al Sistema de Salud. El control de acceso fuera del médico primario es mediante preautorizaciones a especialistas, a pruebas y a procedimientos de alta tecnología. Se crean incentivos financieros a proveedores primarios a base de un *capitation* de servicios por persona; con riesgo por utilización de servicios de otros proveedores. Esto puede generar dilemas éticos a los médicos primarios. Por otro lado, se crean altas expectativas en los consumidores, por la amplia cubierta de servicios que se ofrecen en este Plan.

Las principales fortalezas de este modelo son:

1. Se controlan costos a nivel primario, por el pago per cápita; pero se crea inequidad en el servicio, debido a laposibilidad de racionamiento de los servicios.

2. La cubierta y servicios de salud oral es amplia y se paga a base de tarifa por honorarios profesionales.

Sus principales debilidades incluyen:

1. Trata al enfermo como una mercancía.
2. Trata al médico como herramienta de inversión y limita sus decisiones clínicas.
3. Innumerables horas para facturación y burocracia innecesaria.
4. Crea grupos de personas no aseguradas.
5. Genera impedimentos de acceso a ciertos servicios y a la selección de especialistas.
6. Se erosiona la confianza entre los médicos y los pacientes debido a los incentivos de racionamiento del pago per cápita.
7. No ha reducido costos ni ha mejorado la calidad de los servicios.
8. Tampoco ha logrado reducir las enfermedades crónicas de mayor incidencia.
9. No ha creado programas de prevención primaria y secundaria, de forma continua, uniforme y sistemática.

Con relación al **seguro universal de salud** de otros países industrializados se encontró que un sólo plan de salud cubre a todas las personas para recibir una cubierta básica de servicios de salud física, mental, dental, medicamentos, sala de emergencia, y hospitalizaciones; entre otros. Se crean juntas de expertos y representantes de la comunidad para revisar la cubierta básica de salud y para evaluar resultados. Como existe un sólo pagador, se simplifican los procedimientos administrativos, de facturación y de reembolsos. En algunos países existen cubiertas privadas de pago directo, además de la cubierta básica del Gobierno. La cubierta básica es abarcadora y no conlleva co-pagos o deducibles. En este modelo se eliminan las barreras financieras al cuidado de salud.

La meta principal de este modelo es ampliar la calidad y reducir los costos en los servicios de salud. Provee libre selección de proveedores de servicios de salud, de médicos, hospitales y otras facilidades de salud que trabajan en estrecha coordinación. Las decisiones clínicas están basadas en la ciencia y en la compasión, en vez de en la capacidad de pago del consumidor.

Los médicos tienen diversas opciones de pagos y ambientes de práctica profesional que propenden a la calidad. Los procesos de facturación son simples y eliminan de los controles empresariales que afectan las decisiones clínicas. Se observa reducción de costos por el énfasis en el presupuesto. No existen ganancias por racionamiento de servicios. Se supervisa la utilización de servicios. Elimina la burocracia administrativa, al responder a las necesidades de la comunidad, crear servicios de calidad y mejorar eficiencia del sistema.

Los países que tienen este modelo proveen servicios de salud a la mitad del costo de EU y PR. Puede que exista problemas o insuficiencia de financiamiento, pero no de la estructura y funcionamiento del Sistema.

Las fortalezas de este modelo incluyen:

1. El acceso a cuidados de salud integrales es considerado un derecho humano. Por esto la cubierta de salud es universal y no depende del empleo de las personas.
2. El derecho a seleccionar y cambiar de proveedor es fundamental para la responsabilidad y autonomía del paciente.
3. no se fomenta las ganancias corporativas ni las fortunas personales a expensas de las decisiones clínicas.
4. las decisiones médicas se toman entre el paciente y su médico y no entre corporaciones y el gobierno.
5. los países industrializados que lo tienen reflejan mejores indicadores de salud, mejor calidad, cubierta y costo efectividad.
6. logra cubierta universal para todos/as, irrespectivo de su situación socioeconómica particular.

Las principales debilidades de este modelo incluyen:

1. Puede crear listas de espera para servicios de salud electivos.
2. Para su implantación requiere modificación y reestructuración del sistema actual, formas de financiamiento, administración del sistema y cubierta, entre otros.
3. Su desarrollo en otros países podría generar resistencia al cambio por diversos grupos de interés.

Ante estas experiencias con los distintos modelos de servicios de salud, se hace imperativo una evaluación integral del Sistema de Salud de Puerto Rico.

Fundamentos teóricos de referencia

La Comisión interesa que se logre transformar el presente Sistema de Salud, hacia uno que verdaderamente empodere a la ciudadanía para tomar control del cuido de su salud, que libere a los proveedores de los dilemas éticos del presente y que propenda a mayor competencia entre las aseguradoras y entre los proveedores, a base de información objetiva, disponible oportunamente a los consumidores, y que contenga indicadores sobre el mejoramiento de la salud de las personas. Se requiere crear un modelo de salud pública en la perspectiva intersectorial, que sea realmente emancipador del ser humano, apotestador para que cada persona, (independiente de su nivel socioeconómico) asuma responsabilidad por su salud, y que los servicios de prevención primaria y secundaria sean los principales pilares del Sistema. Este enfoque salubrista

empezará a formar los ciudadanos y profesionales de la salud de conciencia salubrista del futuro. Este nuevo Sistema de Salud sería de carácter universal, de manera que se elimine las actuales diferencias de acuerdo al nivel socioeconómico de las personas. (Villarini, A.R. 2005).

El modelo de Salud Pública descrito enmarca de manera general los trabajos de la Comisión. Además la Comisión utilizó otros referentes teóricos relacionados a la investigación, la planificación y la evaluación de servicios de salud. Éstos se resumen a continuación. El modelo de Aday (1998) plantea la necesidad de llevar a cabo investigaciones evaluativas de los sistemas de salud. Reconoce los factores de riesgo del ambiente físico, social y económico en la salud de las personas. Plantea además, la importancia de evaluar tanto el cuidado de salud como los factores no médicos, los factores que predisponen o ponen a riesgo a la población. Recomienda el estudio de los factores relacionados al acceso a través de información sobre utilización y satisfacción de los servicios de salud y los riesgos ambientales y conductuales que afectan la salud. Estos elementos de análisis permiten evaluar la efectividad, la eficiencia y la equidad de un sistema de cuidados de salud y la política pública que lo sostiene. Enmarcado en lo anterior, propone un proceso de investigación evaluativa de servicios de salud, que analice y evalúe la estructura, los procesos, los resultados y el impacto del Sistema de Cuidados de Salud en la salud de las personas y de las comunidades. Ver Ilustración I, al final de este capítulo. Este modelo está explicado en mayor detalle en el Capítulo VI de este documento.

El modelo de Evans & Stoddart(1994) reconoce que el propósito de los sistemas de salud es mejorar el bienestar integral de las personas para sentirse saludables y satisfechos con la vida; no es sólo reducir enfermedad o promover la salud personal y la función de las personas en la sociedad para mayor productividad y prosperidad. Por otro lado, señala que el bienestar de las personas depende de factores sociales, físicos, ambientales, genéticos y las respuestas en términos de conducta individual y aspectos biológicos de los/las individuos; al igual que de los costos de proveer un servicio. Ahora bien, según estos autores el cuidado de salud no es la única actividad que propicia salud. Una inversión cuantiosa y desproporcionada en cuidado de salud, podría a la larga afectar negativamente el bienestar de las personas; porque para lograr la salud, se requiere poner prioridad también en el sistema educativo, en vivienda, en acueductos, y en conservación ambiental, entre otros sectores. Es decir, el sector de la salud depende mucho de las realidades socioeconómicas de un país, y por esto es necesario definir éste como un sistema de carácter intersectorial, que está interconectado con muchos otros subsistemas sociales. Ver Ilustración II.

Kar (1989) reconoce en su modelo la importancia de los factores exógenos no manipulables y la influencia de otros programas sociales en el nivel de salud de las personas. Entiende que la implementación de un programa de promoción de salud puede impactar las acciones individuales y colectivas que mejoran la salud

física, mental y social a nivel personal y colectivo. Estas acciones personales y colectivas son las que determinan los indicadores del estado de salud. Por esto, recomienda que al evaluar los programas de Promoción de Salud se lleve a cabo a base de indicadores sobre el estado individual y colectivo de la salud física, mental y social de las población. Ver Ilustración III

Lerner(1995) plantea un modelo para determinar la viabilidad de los sistemas de servicios de salud, a base de las necesidades de la población. Considera que para evaluar el desempeño de un sistema de salud y su relación al estado de salud de la población; se requiere un sistema de planificación que estudie en primer lugar las necesidades de la población, sus características sociodemográficas, la incidencia y la prevalencia de condiciones de salud, y la prevalencia de factores de riesgo; en segundo lugar estudiar las capacidades del sistema de salud tales como: la disponibilidad de profesionales, los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos; y en tercer lugar las influencias ambientales que incluyen los métodos de pago por los servicios de salud, las tendencias en los modos de ofrecer los servicios de salud e inclusive la competencia en el mercado. Ver Ilustración IV.

Oleske (1995) presenta un modelo epidemiológico sobre los factores que influencian el estado de salud de las personas. Plantea que para determinar el nivel de salud de una población (que es el balance físico, mental y de funcionamiento social); es necesario conocer las características de la población en términos de tamaño, estilos de vida y otros aspectos sociodemográficos y ambientales. Se computan tasas de nacimiento, muertes, migración edad, género, raza, etnicidad, educación, empleo e ingreso y la distribución de la población por factores de riesgo, entre otros elementos de análisis para definir las necesidades de salud de la población. El segundo indicador a computar es la utilización de servicios de salud. Ésta depende del grado de vulnerabilidad de la población, sus conocimientos, actitudes y creencias y los criterios de accesibilidad y disponibilidad de servicios del sistema de salud vigente. A su vez, el nivel de salud de las personas se ve afectado por las características de la organización o del sistema que ofrece los servicios incluyendo personal y tecnología disponible. Ver Ilustración V.

Rohrer (1996) presenta un modelo de planificación y evaluación de sistemas de salud orientados hacia las necesidades de la comunidad. La evaluación y el rediseño de un sistema de salud se basa en cuatro elementos o criterios de análisis: el análisis de las necesidades de la comunidad, el uso de principios de diseño de sistemas, como por ejemplo la regionalización o el cuidado dirigido. Además, se debe evaluar de forma continua el desempeño de los proveedores de servicios y el de las organizaciones, para así lograr la evaluación del desempeño del sistema en su totalidad. Ver Ilustración VI.

Poister (2003) establece un modelo para medir el desempeño de los sistemas sociales o de salud. Plantea cuatro componentes principales de la evaluación del desempeño de un sistema de salud: el sistema de gerencia establecido, los datos que se recopilan, el análisis e interpretación de la información que se hace y las acciones afirmativas que se toman para mejorar el funcionamiento del mismo; a base de la información recopilada y analizada. En el primer componente: el sistema de gerencia incluye la evaluación del Plan Estratégico, con especial énfasis en la visión, las metas, los objetivos y las estrategias; luego examinar los programas, servicios, operaciones y funcionamiento general del sistema a base de medidas de ejecución o de desempeño. En el segundo componente recomienda evaluar el sistema de recopilación de información, el procesamiento de los datos, y el análisis de los indicadores del desempeño de la calidad de los servicios. En el componente tercero se analiza la información en términos de tendencias históricas, en relación a parámetros, análisis comparativos entre unidades, y datos de sistemas comparables (benchmarks). El cuarto componente implica la toma de decisiones y las acciones relacionadas a cambios en estrategias, programas servicios, recursos, metas, objetivos, parámetros, indicadores de desempeño y el proceso de evaluación propiamente. Ver Ilustración VII.

Shallock (1995) se enmarca en un modelo de medición de impacto (outcomes) de un sistema social o de salud. Recomienda que al llevar a cabo una evaluación sobre el impacto de un programa social, proyecto, organización o sistema; es necesario partir de su visión, su misión y las metas. Luego evaluar los servicios que se ofrecen, los resultados y el valor que tienen éstos para la sociedad. Finalmente se lleva a cabo el análisis evaluativo de efectividad, eficiencia y costo beneficio. Éste sirve de comunicación y evaluación formativa para mejorar el programa de forma sistémica y sistemática y promover el cambio y la transformación del sistema de salud, el programa social, el proyecto o la organización. Ver Ilustración VIII.

Ginter, Swayne y Duncan (2000) desarrollan un modelo para establecer un proceso de gerencia estratégica en sistemas u organizaciones de servicios de salud. Este modelo de gerencia estratégica, organiza los componentes principales y los procesos claves que las organizaciones o sistemas de salud estratégicos deben estudiar de forma continua. Plantea que como mínimo se requiere llevar a cabo los procesos de análisis situacional ambiental, la formulación de las estrategias, la implementación y la evaluación. Enfatiza en el análisis del ambiente externo por su variabilidad constante y la turbulencia de su impacto en la salud de las personas y en la sobrevivencia del sistema de salud. Este ambiente externo se visualiza compuesto por factores tecnológicos, sociales, de reglamentación, políticos, económicos y de la competencia, los cuales tiene efectos positivos o negativos sobre el sistema u organización de servicios de salud. Este análisis unido al análisis del ambiente interno; que incluye la evaluación de los diversos subsistemas que componen la organización); permite definir los asuntos críticos principales. A base de los

asuntos críticos estratégicos se establecen las estrategias direccionales, funcionales y organizacionales, que facilitarán el cambio institucional o la transformación de un sistema de salud. Ver Ilustración IX.

Además de estos referentes teóricos que enmarcan muchas de las decisiones metodológicas de la evaluación que llevó a cabo la Comisión Evaluadora del Sistema de Servicios de Salud de Puerto Rico; se consideraron los enfoques y marcos conceptuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre el análisis de los derechos humanos de salud. La estructura conceptual internacional sobre los derechos humanos es bien robusta y refleja autoridad y peritaje de estas organizaciones en este tema. La OMS señala que los derechos humanos no pueden ser quitados ni otorgados por ningún gobierno o estructura de mando. **Los derechos humanos existen y son innatos a cada ser humano**. Estos derechos humanos comprenden derechos civiles, culturales, económicos, políticos, y sociales.

La OMS (2003), en un Informe sobre la Salud en el Mundo, abunda en el tema de la necesidad de evaluar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a los derechos humanos; señalando que, *"sino hay salud, los demás derechos no tienen ningún significado".* En segundo lugar establece que la primera meta de cualquier sistema de salud es precisamente la "salud de las personas". Por otro lado, el promover la salud de las personas es también meta de los derechos humanos. Así, que para evaluar el desempeño de los sistemas de salud se debe partir de su capacidad para respetar el derecho humano a la salud. La OMS define el derecho humano a la salud como "*la obligación de la sociedad de asegurar las condiciones necesarias para lograr la salud de los individuos y de las poblaciones".* Por esto,*" el disfrute del más alto estándar de salud es un derecho fundamental de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, creencias políticas, y condiciones socioeconómicas*. Para esto es necesario que los sistemas de salud minimicen las restricciones para el logro total de este derecho. Además, los sistemas de salud deben garantizar equidad en el nivel de salud de las personas y en el acceso a servicios de salud de calidad.

En consecuencia, los sistemas de salud deben responder, atender y garantizar una capacidad de respuesta óptima a estos derechos humanos. Es por esto, que la OMS recomienda evaluar el desempeño de los sistemas de salud no sólo por los indicadores tradicionales de mortalidad, morbilidad, y estadísticas de utilización de servicios. Los sistemas de salud deben ser evaluados además, por su capacidad de respuesta a los derechos humanos a la salud. Recomienda que la evaluación incluya el examen de la capacidad de responder a nueve dominios del derecho humano a la salud: (1) respeto por la dignidad del ser humano; (2) autonomía de participar en las decisiones relacionadas a su salud; (3) confidencialidad de la información; (4) Atención pronta y oportuna; (5) calidad de servicios básicos de salud; (6) claridad de la comunicación; (7) acceso a

redes de servicios sociales o apoyo de la familia y la comunidad; (8) selección de proveedores de servicios de salud; y (9) continuidad de los servicios de salud.

La OMS (2003) plantea las cuatro funciones vitales de los sistemas de salud:

1. Rectoría Sectorial del Departamento de Salud:
    a. Conducción de la política general de salud y articulación de las Funciones Esenciales de Salud Pública.
    b. Regulación y evaluación sectorial.
    c. Orientación y modulación del financiamiento.
    d. Vigilancia y garantía del aseguramiento.
    e. Armonización y mejoramiento continuo de los servicios de salud.

2. Financiamiento a base de recaudación y asignación de recursos.

3. Creación de recursos por:
    a. Inversiones en personas, edificios y equipo.
    b. Capacitación de los recursos humanos.
    c. Servicios de salud personales y no personales.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) es una de las funciones rectoras clave de un Departamento de Salud. Se definen como aquellos procesos y actividades de la sociedad y del estado que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar de las personas. Como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad dada.

Se le definen también como: "*la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas".* Las once Funciones se resumen a continuación:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de salud
4. Participación de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y administración de la salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y el cumplimiento en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública

11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

La OMS (2003) también ha establecido las metas básicas de los sistemas de salud:

1. Capacidad de respuesta a las legítimas expectativas de la población.
2. Financiamiento equitativo.
3. Atención esencial de alta calidad para mejorar la salud de la población.

Las cuatro funciones del Sistema de salud deben enfocarse o alinearse estratégicamente a cumplir estas tres grandes metas de cualquier sistema de salud. Estos elementos o criterios de la OMS han sido considerados en el diseño de la metodología de la evaluación llevada a cabo por la Comisión.

El Instituto de Medicina en Estados Unidos (IOM, 2002), en su último estudio sobre el Futuro de la Salud del Público en el Siglo 21, señala que la salud es un bien público y por lo tanto es un proceso y a la vez un producto social. Define la salud pública como "*todo lo que hacemos como sociedad o colectivo social para asegurar las condiciones para que las personas puedan estar saludables*". Señala además, que la salud pública toma acciones para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud. El IOM enfatiza en el modelo ecológico de la Salud Publica. Describe los vínculos y relaciones entre los factores que determinan el nivel de salud de una población o de una persona. Incluye entre los determinantes de la salud; los aspectos socioeconómicos a nivel internacional y nacional, las condiciones de vida y de trabajo de las personas, la calidad del agua, el ambiente natural y urbanizado, el sistema de cuidados de salud, los servicios de salud pública, las normas sociales, los factores individuales sicosociales, el estilo de vida, el ingreso, la ocupación, si se está desempleado, el nivel educativo, la alimentación, y la conducta de las personas a nivel individual y colectivo.

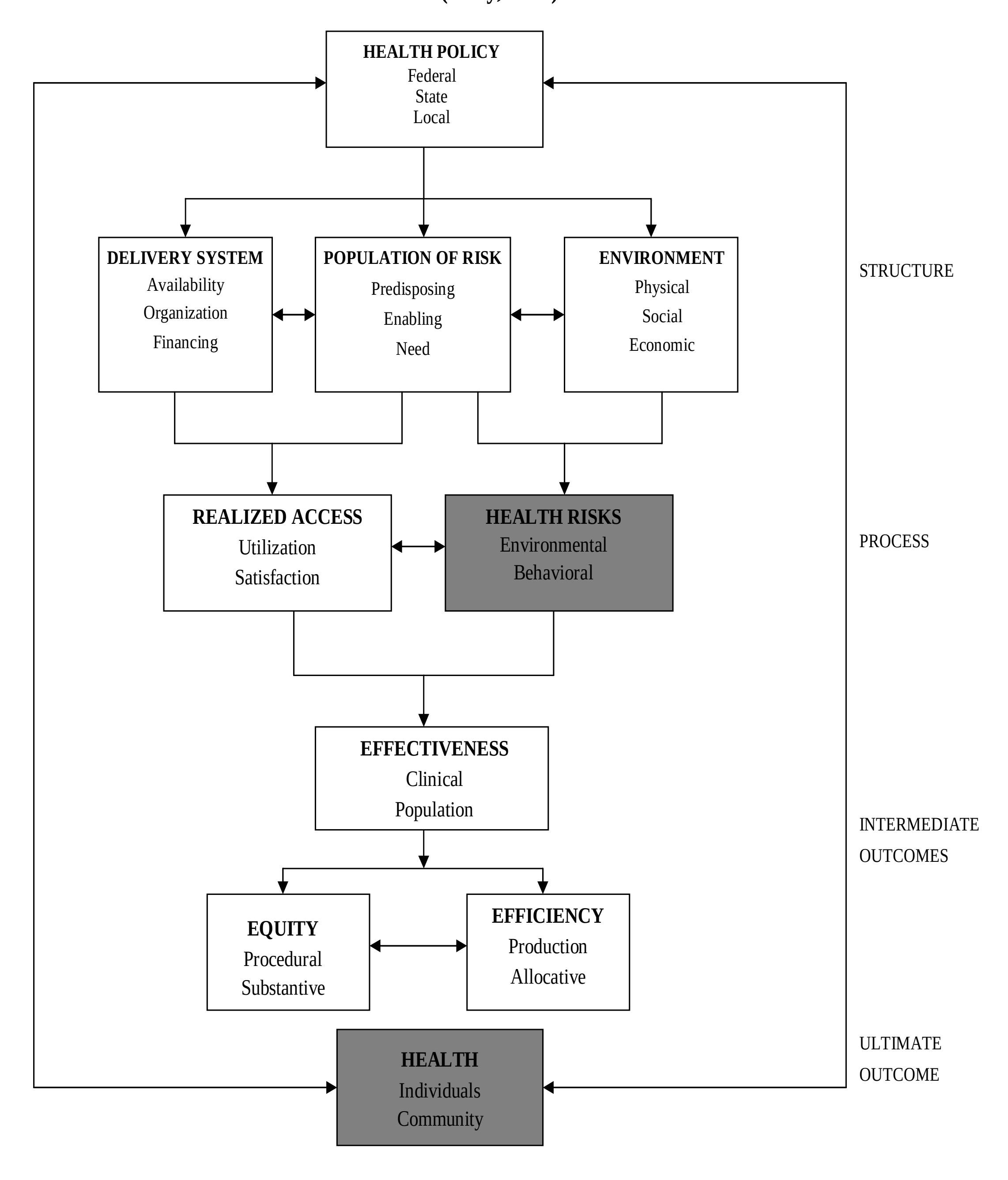
El Instituto de Medicina (2002) hace especial énfasis en el desarrollo articulado y funcional del sistema de salud. Reconoce la intersectorialidad o interconexiones que deben existir entre el sistema de salud y otros sistemas sociales para una buena salud del público. Menciona los componentes principales del sistema intersectorial de salud como: la academia, los medios de comunicación, las empresas, la propia infraestructura de salud pública, la comunidad y todas las múltiples entidades que la componen, y el sistema de servicios de salud, per se.

A continuación las representaciones de los diversos modelos de referencia para la evaluación llevada a cabo por la Comisión, presentados en este capítulo.

ILUSTRACIÓN 1

Conceptual Model for the Evaluation of the Healthcare System

(Aday, 1998)



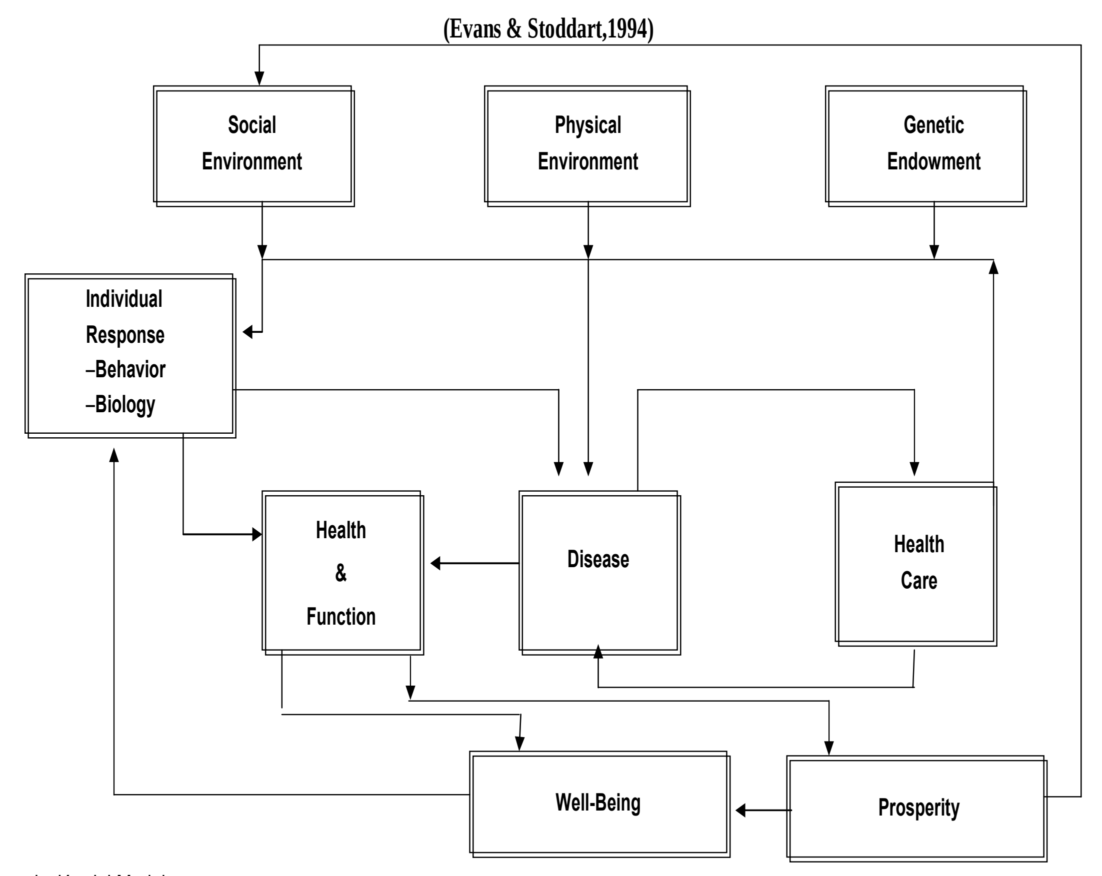
Descripción del Modelo

Este modelo reconoce los factores de riesgo del ambiente físico, social y económico en la salud de las personas. Plantea además, la importancia tanto del cuidado de salud como de los factores no médicos, al evaluar la efectividad, eficiencia y equidad de un sistema de cuidados de salud y la política pública que lo sostiene. Propone un proceso de investigación evaluativa de servicios de salud, que analice y evalúe la estructura, los procesos y los resultados e impacto del Sistema de Cuidados de Salud.

Ilustración II

Feedback model of relationships between health and health care systems development based on health care determinants, social and individual factors, well being and economic costs

(Evans & Stoddart,1994)



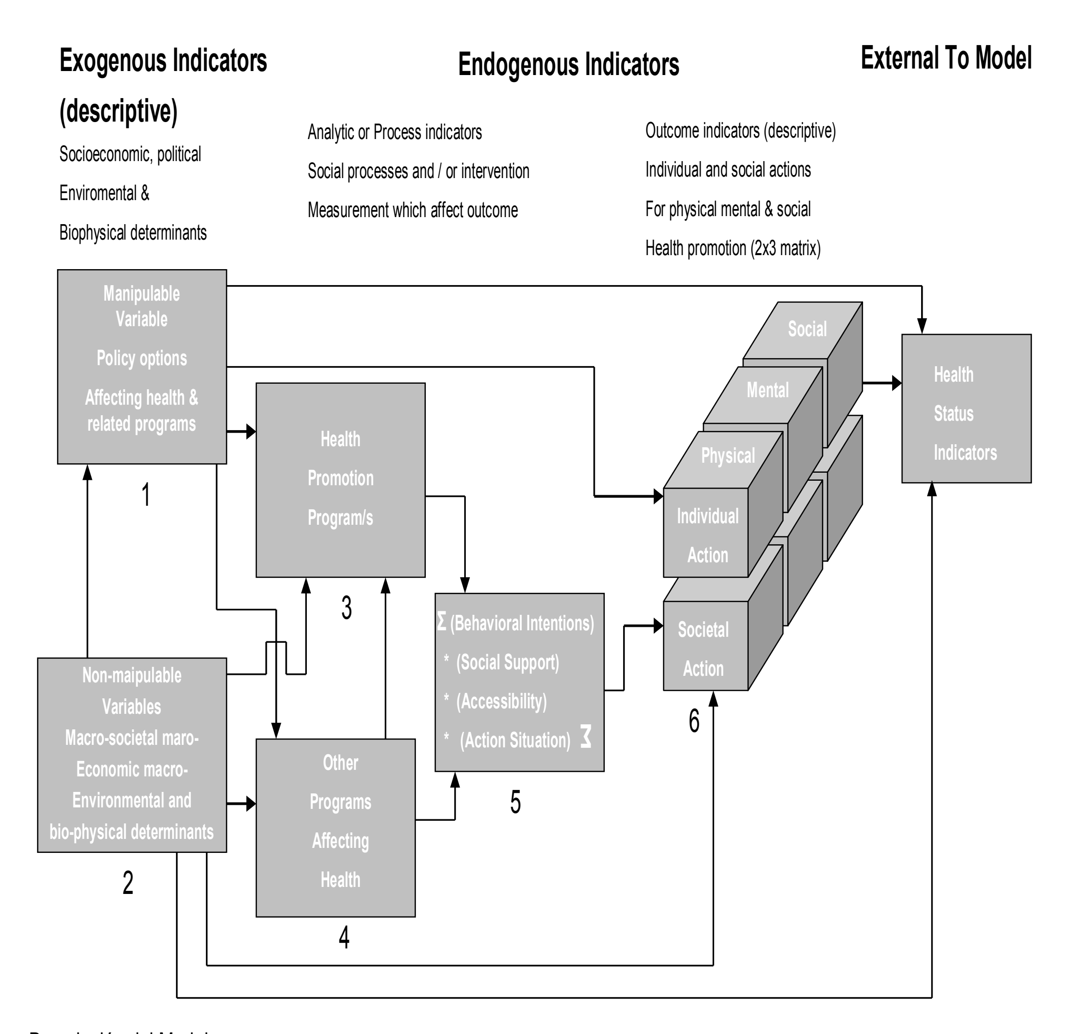
Descripción del Modelo

El propósito de los sistemas de salud es mejorar el bienestar integral de las personas (sentirse saludable y satisfecho con la vida), no sólo reducir enfermedad o promover la salud personal y su función en la sociedad (productividad y prosperidad). Por otro lado el bienestar de las personas depende de factores sociales, físicos, ambientales, genéticos y las respuestas en términos de conducta individual y aspectos biológicos de los/las individuos; al igual que de los costos de proveer un servicio. Ahora bien, el cuidado de salud no es la única actividad que propicia salud. Una inversión cuantiosa y desproporcionada en cuidado de salud, podría a la larga afectar negativamente el bienestar de las personas.

ILUSTRACIÓN III

Health Promotion Indicator Model

(Kar 1989)



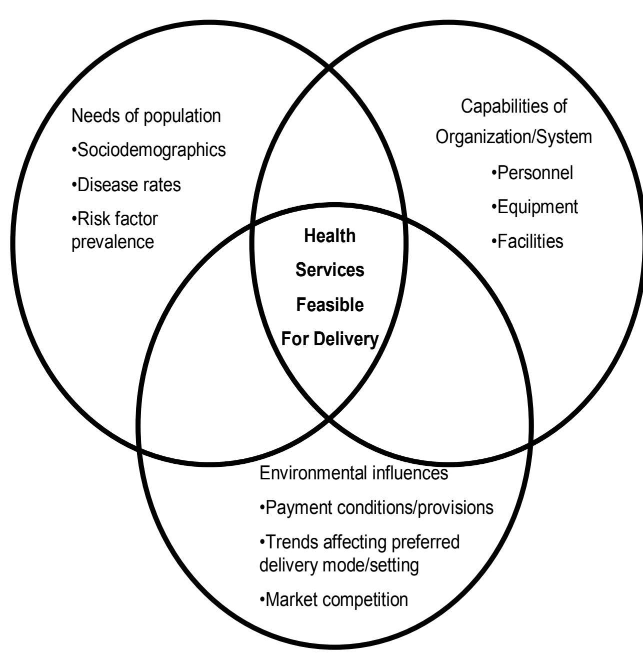
Descripción del Modelo

Este modelo reconoce la importancia de factores exógenos no manipulables y la influencia de otros programas sociales que pueden afectar la salud de las personas. Entiende que la implementación de un programa de promoción de salud puede impactar las acciones individuales y sociales para mejorar la salud física, mental y social a nivel personal y colectivo. Estas acciones personales y colectivas impactan los indicadores del estado de salud.

ILUSTRACIÓN IV

Population-based health services delivery model

(Lerner, 1995)



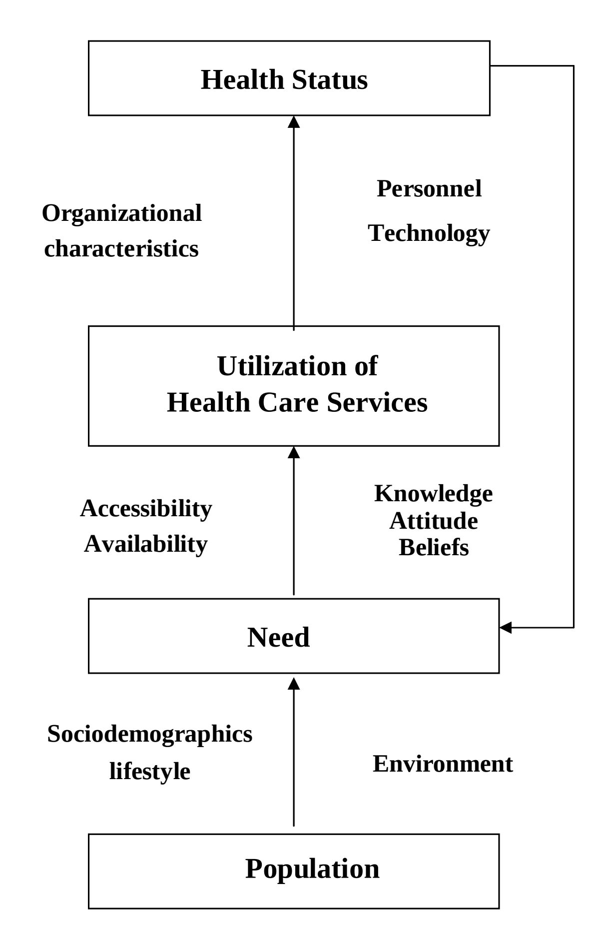
Descripción del Modelo

Para evaluar el desempeño de un sistema de salud en relación al estado de de salud de la población; se requiere un sistema de planificación que estudie las necesidades de la población, la incidencia y la prevalencia de condiciones de salud, la disponibilidad de profesionales, las capacidades del sistema (recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos) y las influencias ambientales.

ILUSTRACIÓN V

Epidemiologic model of the factors influencing health status

(Oleske 1995)



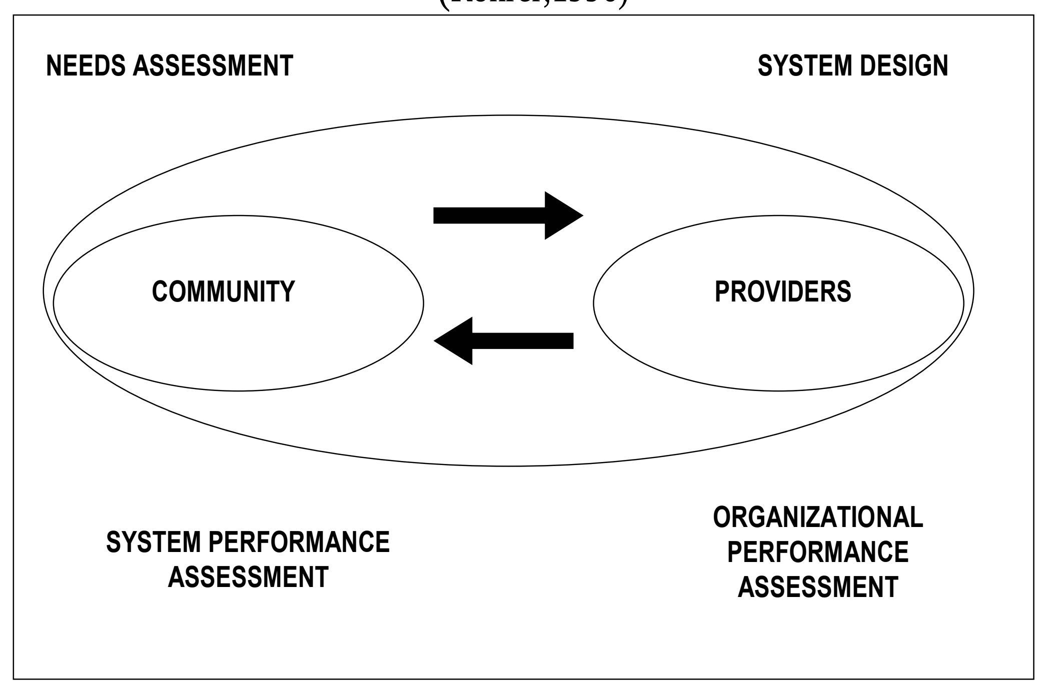
Descripción del Modelo

Para determinar el nivel de salud de una población (balance físico, mental y de funcionamiento social) es necesario conocer lass características de la población en términos de tamaño y características sociodemográficas y ambientales: (tasas de nacimiento, muertes, migración edad, género, raza, etnicidad, educación, empleo e ingreso y la distribución de la población por factores de riesgo). La utilización de servicios depende del grado de vulnerabilidad de la población y los criterios de accesibilidad del sistema de salud vigente. A su vez, el nivel de salud se ve afectado por las características de la organización incluyendo personal y tecnología disponible.

ILUSTRACIÓN VI

Community-oriented health systems planning and evaluation

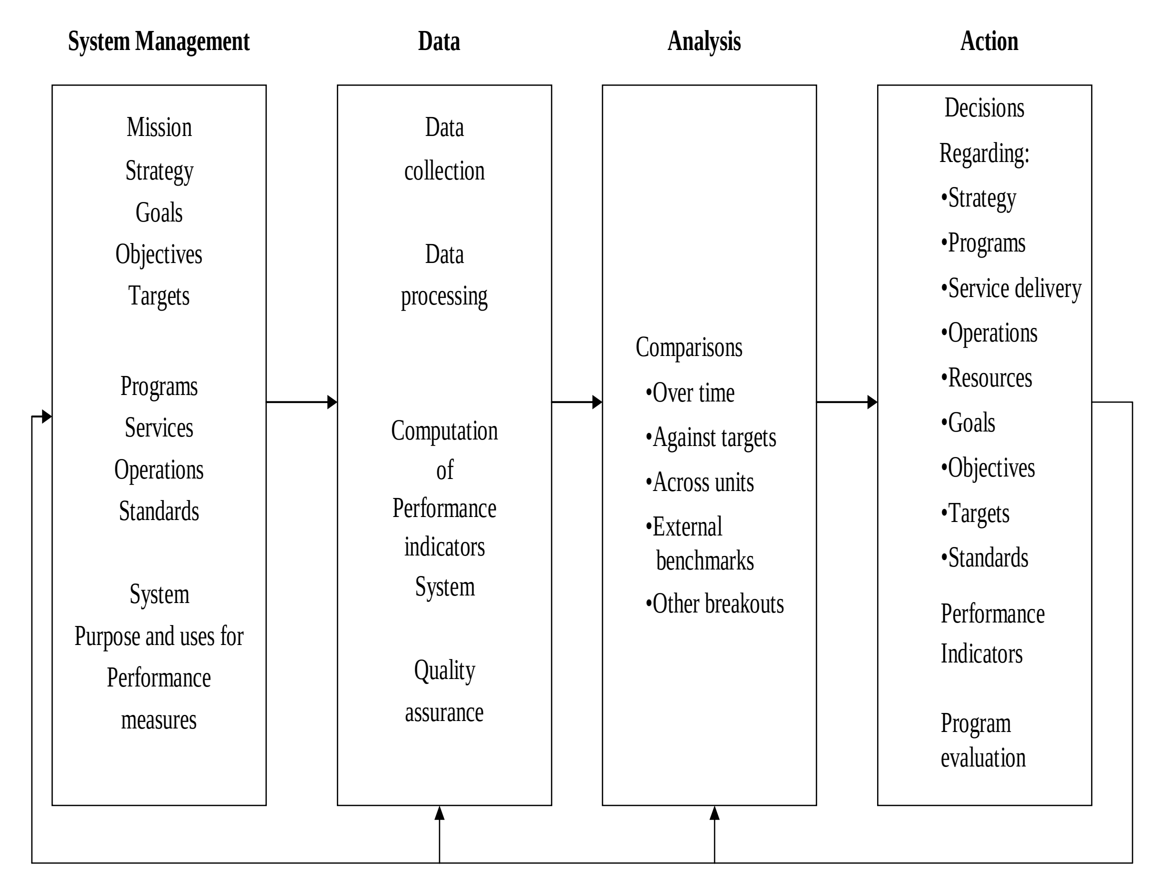
(Rohrer,1996)



Descripción del Modelo

La evaluación y rediseño de un sistema de salud se basa en el análisis de las necesidades de la comunidad, y el uso de principios de diseño de sistemas, por ejemplo la Regionalización). Además, se debe evaluar de forma contínua el desempeño de los proveedores de servicios y el de las organizaciones y así lograr la evaluación del desempeño del sistema en su totalidad.

ILUSTRACIÓN VII
Performance Measurement System
Poister (2003)



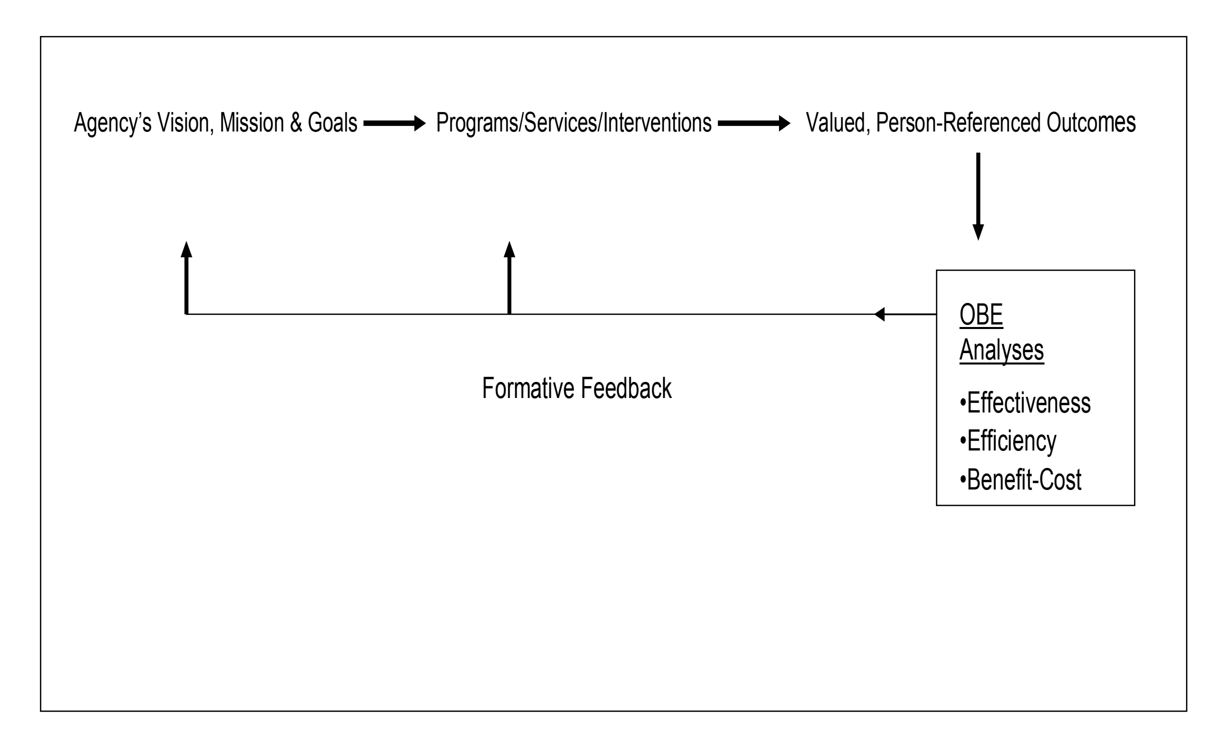
Descripción de Modelo

Los componentes principales de la evaluación del desempeño de un sistema de salud son: el sistema de gerencia establecido, los datos que se recopilan, el análisis e interpretación de la información y las acciones afirmativas que se toman para mejorar el funcionamiento del mismo; a base de la información recopilada.

ILUSTRACIÓN VIII

Outcome-Based Evaluation Model (OBE)

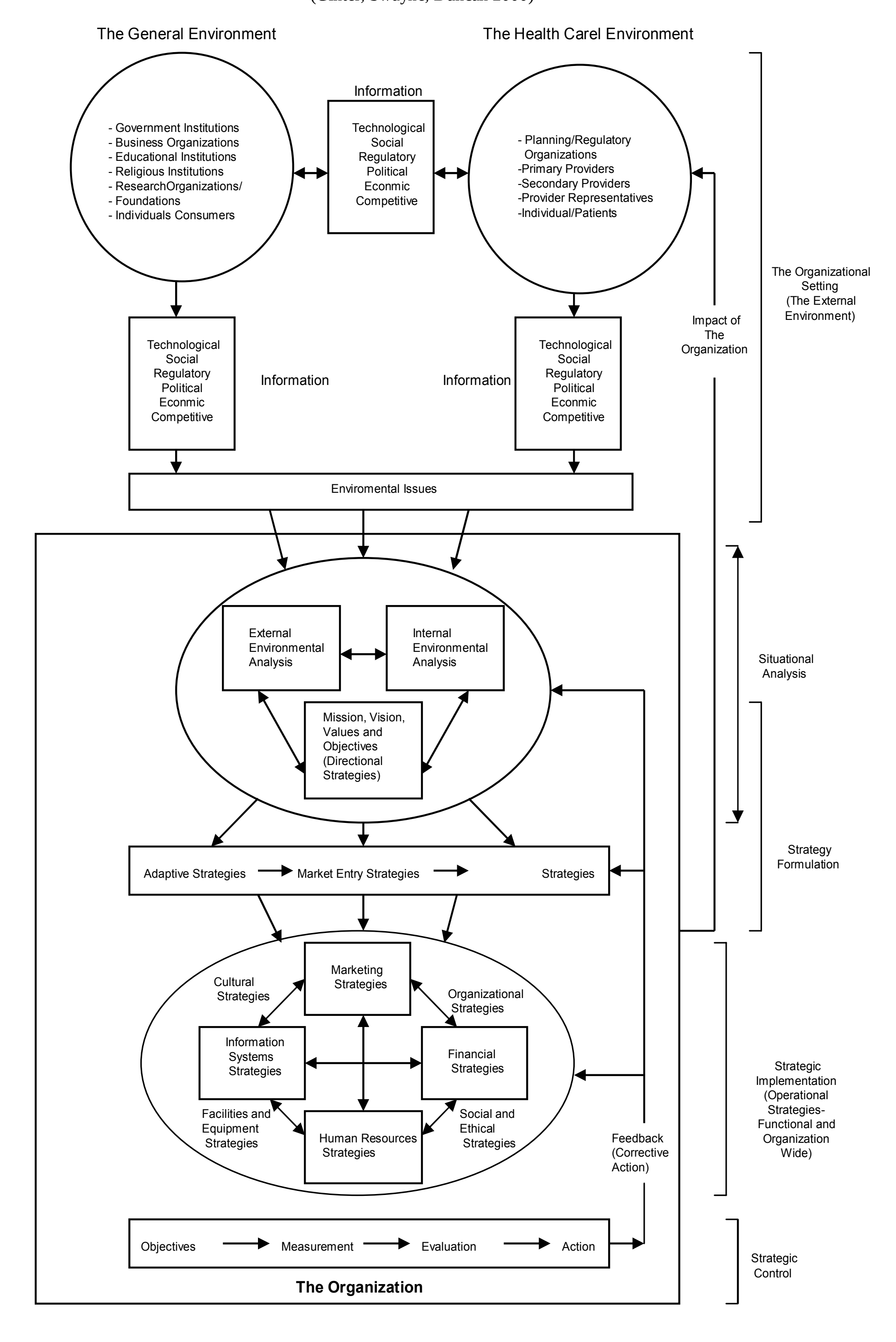
(Shallock,1995)



Descripción del Modelo

Para llevar a cabo una evaluación sobre el impacto de un programa social, proyecto, organización o sistema, es necesario partir de su visión misión y metas, los servicios que se ofrecen, los resultados y el valor que tienen éstos para la sociedad. El análisis evaluativo de efectividad, eficiencia y costo beneficio sirve de comunicación formativa para mejorar el programa de forma sistemática y promover el cambio y la transformación del sistema de salud, el programa social, el proyecto o la organización.

ILUSTRACIÓN IX
Strategic Management Process in Health Care Organizations
(Ginter, Swayne, Duncan 2000)



Descripción del Modelo

El modelo de gerencia estratégica de Ginter, Swayne y Duncan (2000) organiza los componentes principales y los procesos claves que las organizaciones o sistemas de salud

deben estudiar de forma continua. Plantea que como mínimo se requiere llevar a cabo los procesos de análisis situacional, formulación de las estrategias, implementación y evaluación. Enfatiza en el análisis del ambiente externo por su variabilidad constante y la turbulencia de su impacto en la salud de las personas y en la sobrevivencia del Sistema de Salud. Este ambiente externo se visualiza compuesto por factores tecnológicos, sociales, de reglamentación, políticos, económicos y de la competencia. Este análisis unido al análisis del ambiente interno permite establecer las estrategias direccionales, funcionales y organizacionales para lograr el cambio institucional o de un sistema de salud.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Con la creación de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, el 18 de Febrero de 2005, comienza un trabajo de investigación evaluativa dirigido a evaluar objetiva y críticamente la situación del Sistema desde una perspectiva integral, es decir, en todos sus componentes principales: el Plan de Salud del Gobierno, los Planes de Seguros de Salud Privados, e inclusive los servicios de salud que se ofrecen por organizaciones de base comunitaria. La orden Ejecutiva ordenó llevar a cabo:

> "*una abarcadora evaluación del Sistema de Salud existente en el país, y en particular deberá evaluar el impacto sobre dicho sistema y sobre el estado de salud de los puertorriqueños, de la implantación de la Ley Núm. 72 del 7 de Septiembre de 1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", también conocida comúnmente como la "Ley de la Reforma de Salud", y de la Ley Núm. 190 del 5 de Septiembre de 1996, conocida como Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de las Instalaciones de Salud Gubernamentales.*
> *"estudiar alternativas de ajustes y modificaciones que se estimen necesarias".*

Las preguntas guías o interrogantes generales para la evaluación, que elaboró la Comisión inicialmente fueron:

- ¿Cuál era y es el sistema de salud que debemos transformar?
- ¿Está el sistema actual cumpliendo con sus propósitos?
- ¿Cuál es el costo social y el costo de oportunidad del Sistema actual?
- ¿Cuáles eran y son las causas del desempeño del Sistema de Salud?
- ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?
- ¿Cuáles son sus oportunidades y amenazas?
- ¿Estamos logrando los resultados esperados en cuanto a calidad, equidad, satisfacción, eficiencia y efectividad?
- ¿Es necesario cambiar el Sistema actual y porqué?
- ¿Cuáles son las posibles soluciones para transformar el Sistema de Salud de acuerdo a la Visión de futuro que estableció la Comisión?

A partir de estas preguntas los diversos comités generaron preguntas más específicas para sus áreas de trabajo.

METODOS DE RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y FUENTES DE DATOS

A continuación se describe la estrategia general, los métodos y las actividades llevadas a cabo por la Comisión para la recopilación de la información necesaria para la evaluación. En el Capítulo IV y en el Apéndice H se especifica los métodos de recopilación de la información y las fuentes de datos particulares utilizadas por cada Comité.

La estrategia primordial de la Comisión fue el diálogo por reflexión teórica de referencias relacionadas a la evaluación de sistemas de salud y literatura reciente sobre las reformas de sistemas de salud en otros países. Esta información, unida a diversos procesos de investigación de datos relacionados al estado de salud de la población y al estado del sistema de salud en Puerto Rico, crearon la base de datos de fuentes secundarias, de la Comisión. Además, de esta información, la Comisión recopiló información de fuentes primarias, según se explica más adelante en la sección de las Actividades Llevadas a Cabo.

En total, la Comisión llevó a cabo once reuniones deliberativas entre el 22 de Febrero y el 21 de Septiembre de 2005. Durante todos los procesos y estrategias de trabajo de la Comisión, prevaleció un ambiente de trabajo colaborativo, con una amplia perspectiva interdisciplinaria. Además, se generó una activa participación de todos los sectores concernidos en el desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico. Se contó también, con la participación de expertos reconocidos en las disciplinas relacionadas. Todo este proceso evaluativo facilitó el análisis crítico de diversidad de documentos oficiales, y de estadísticas, el análisis de legislación y de estudios previos, entre otras fuentes de información.

En general, los principales métodos de trabajo utilizados fueron el diálogo de expertos en los Comités y en la Comisión en pleno, entrevistas, vistas públicas y el análisis de documentos y referencias.

Actividades llevadas a cabo

El cronograma de la programación de las actividades de la Comisión y de sus Comités se encuentra en el Apéndice E. Como se observa, las actividades se pautaron y se llevaron a cabo aún desde el mes de Enero de 2005, para adelantar los trabajos preparatorios antes de la primera reunión de la Comisión del 22 de Febrero de 2005. En este cronograma se observa que se pautó finalizar los trabajos de evaluación de la Comisión, para el mes de Octubre de 2005.

A la par que los Comités iniciaron sus trabajos; a nivel de la Oficina del Presidente, de la Directora Ejecutiva y del Secretario Ejecutivo, se mantuvo comunicación, enlaces e intercambios con cada Comité para asesorarles en los lineamientos generales de sus funciones y en las tareas específicas de los Subcomités. Además, con el apoyo del Asesor Legal se organizó la celebración de las Vistas Públicas y de las Ponencias Privadas de la Comisión. También, se coordinó con el Director del Estudio Continuo de Salud, el diseño y la administración de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes con el Sistema de Salud público y privado en Puerto Rico. Este estudio se describe en el capítulo III, de este documento.

Un grupo de trabajo compuesto por el Presidente, la Directora Ejecutiva, el Secretario Ejecutivo, el Presidente y Vicepresidente del Comité de Servicios de Salud, y un Profesor del Departamento de Administración de la Escuela Graduada de Salud Pública, iniciaron la elaboración de una Propuesta General de Cambio del Sistema de Salud, en la medida que se evaluaban los hallazgos de los distintos Comités Permanentes. Este trabajó permitió adelantar la discusión en grupos pequeños, de los posibles escenarios futuros del Sistema de Salud de Puerto Rico y facilitó la integración de las recomendaciones de los distintos Comités.

En este grupo también, se coordinó la celebración de una reunión de todos los Comités y Sub Comités de la Comisión. Ésta se llevó a cabo con fecha del día 6 de Abril de 2005. En esta reunión se logró articular los trabajos de los Comités permanentes y evaluar sus planes de trabajo para la etapa diagnóstica.

En la mañana del día 6 de Abril de 2005, se celebró una reunión con el Honorable Gobernador para intercambiar puntos de vista sobre los indicadores de la evaluación y sobre los hallazgos preliminares hasta esa fecha. El Hon. Gobernador puntualizó en ocho temas o elementos claves de análisis que debían estar incluidos en la evaluación de la Comisión: acceso, equidad, calidad, satisfacción, costo eficiencia, asignación de riesgo, educación de profesionales de la salud, impericia médica y asuntos legales y reglamentarios, medicamentos, articulación entre Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), la Administración de Compensación de Accidentes Automovilísticos (ACAA) y la Administración de Seguros de Salud (ASES), las responsabilidades del Departamento de Salud y el Estado de la Salud Mental de la población y el Estado del Sistema de Salud Mental de Puerto Rico.

Durante los días 16 y 23 de Abril se llevaron a cabo Vistas Públicas concurrentes en San Juan, Ponce, Mayagüez, Manatí y Aibonito. La Vista Pública de Humacao se canceló, porque los deponentes asistieron a la Vista Pública de San Juan. En el Apéndice F se presenta el resumen de las diversas presentaciones de estas Vistas Públicas. Como se observa, hubo participación de los múltiples grupos representativos de la diversidad de intereses

relacionados al Sistema de Salud y en particular hubo muchas presentaciones de pacientes, especialmente de salud mental.

Las Ponencias Privadas se llevaron a cabo entre el Jueves 21 de Abril y el Jueves 2 de Junio de 2005. (Ver Apéndice G). Hubo participación de la Procuradora del Paciente, la Dra. Luz Teresa Amador, del Dr. Ángel Villarini en una ponencia sobre una Perspectiva ética de carácter humanista, crítica y emancipadora sobre la reforma de los servicios de salud en Puerto Rico. Presentó también la Dra. Sarah Huertas sobre el concepto del Seguro de Salud Universal. Presentó además, el Dr. Luis Marini, Presidente de Triple-C, el Dr. Luis Galarza, Administrador de ASSMCA, la Sa. Nancy Vega Directora de ASES, la Dra. Marisel Velásquez, Presidenta del Colegio de Médicos de Puerto Rico, la Directora de ASEM, el Director de ACAA, el Presidente de la Sociedad de Médicos Graduados, la Directora Ejecutiva de la Asociación de Centros de Salud Primarios, la Presidenta de la Asociación de Maestros, la Presidenta de las Farmacias de Comunidad y el Presidente de la Asociación de la Industria Farmacéutica en Puerto Rico.

El 30 de Mayo de 2005, se llevó a cabo una segunda reunión de todos los Comités para evaluar los Informes preliminares de los Comités. En este informe se incluyeron las propuestas iniciales de cambio de cada Comité. Para cada una de las dos reuniones de los Comités, (6 de Abril y 30 de Mayo), se preparó formatos para que los informes fueran similares. Esto facilitó el análisis, interpretación e integración de la información.

Con fecha del 9 y 10 de Junio de 2005, se llevó a cabo reuniones con un representante de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Pedro Crocco, para presentar los adelantos de la evaluación de la Comisión y recibir sus reacciones y recomendaciones. Es bueno señalar, que además de esta aportación de la Organización Panamericana de la Salud, también contribuyó con el Departamento de Salud en la revisión del Análisis de las Tendencias en el Perfil de Salud Física y Mental de la Población; que se presenta en el capítulo III de este documento. El contar con el análisis objetivo desde la perspectiva de un evaluador externo, fortaleció aún más las conclusiones de la Comisión, en torno al estado de salud de la población en Puerto Rico.

A la par que ocurrían estas actividades generales, cada Comité estableció y llevó a cabo sus Planes de Trabajo. Estos Planes incluían el producto esperado de cada subcomité. A cada Comité se le solicitó, que separaran el trabajo evaluativo en dos grandes fases: la de diagnóstico y la de propuestas de cambio. Los Informes Finales de los Comités Permanentes de la Comisión, se describen en los Apéndices H1 a H8. Cada Informe describe el marco conceptual particular utilizado, los métodos particulares para recopilar la información, las fuentes primarias y secundarias de los datos examinados, los hallazgos del diagnóstico situacional estratégico y las propuestas de transformación del Sistema de Salud en cada aspecto bajo evaluación. Es

importante destacar que cada Comité definió el alcance de sus trabajos a la luz del marco conceptual general de la Comisión y de los marcos teóricos propios de cada disciplina o campo de estudio. En el Apéndice I se presenta un Informe sobre el Financiamiento de los Servicios de Salud. Este fue elaborado por el Prof. José J. Villamil. En el Apéndice de este Informe, el Sr. Julio A. Galíndez, presenta una propuesta de cambio al modelo actual de servicios de salud en Puerto Rico.

El día 8 de Julio de 2005, se llevó a cabo una reunión con el Honorable Gobernador para presentarle el resumen del diagnóstico de la situación y la propuesta preliminar de transformación del Sistema de Salud. Se presentó un informe general que destacó los siguientes temas:

1. Hallazgos principales de la revisión de literatura y de referencias recientes relacionadas a la transformación de sistemas de salud en otros países.
2. El proceso de activación de los Comités de Trabajo y los temas fundamentales bajo evaluación para al desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico.
3. Análisis de información sobre el desempeño del sistema de salud y sobre el estado de salud de la población.
4. Hallazgos de la revisión de información sobre el Plan de Salud del Gobierno de PR.
5. Resumen de Informes de los Comités sobre el diagnóstico de la situación prevaleciente al 15 de Junio de 2005.
6. Hallazgos de las Vistas Públicas en San Juan, Ponce, Mayaguez, Manatí y Aibonito e informes correspondientes.
7. Conclusiones sobre las Ponencias de grupos y otros sectores interesados.
8. Resultados generales del estudio sobre la satisfacción de los consumidores en el sector privado y gubernamental.
9. Presentación de conclusiones sobre los elementos de análisis sugeridos por el Gobernador, y recomendaciones enmarcadas en una Propuesta de Cambio del Sistema de Salud por Fases.

Luego que cada Comité entregó sus informes finales, se asignó reactores a cada Informe de Comité. Éstos se presentan a continuación:

1. Comité de Ética- Revisor: Sr. Juan Eliza Colón.

2. Comité de Financiamiento- Revisores: Dr. Heriberto Marín, Sa. Nancy Vega, Lic. Domingo Torres y Dr. Héctor Candelas.

3. Comité de Promoción, Prevención y Protección- Revisores: Dra. María Rosa, y Dr. Gilberto Ramos.

4. Comité de Estructura Organizacional- Revisores: Dr. Carlos Girod, Lic. Igor Ortíz y Dr. Roberto Ramírez.

5. Comité de Sistema de Servicios de Salud- Revisores: Dr. Alberto Varela y Dr. Roberto Ramírez.

6. Comité sobre las Personas Sin Seguro de Salud en PR- Revisora, Dra. Ruth Ríos.

7. Comité de Impericia Médica y Asuntos Legales y Reglamentarios- Revisores, Lic. Igor Ortíz y Dr. Carlos Díaz.

8. Comité de Salud Mental- Revisores, Dr. Luis Izquierdo Mora y Dr. Carlos Díaz.

9. Comité de Educación a Profesionales de la Salud- Revisor, Prof. José J. Villamil.

A base de las recomendaciones sometidas, cada Comité revisó los Informes. Luego comenzó la revisión e integración final del Informe de la Comisión. Éste fue circulado entre los Comisionados, Asesores y Funcionarios de la Comisión para su revisión final. El Dr. Ángel Villarini editó algunos de los capítulos del Informe preliminar de la Comisión. Se incorporaron las recomendaciones finales y se entregó el Informe de Evaluación al Hon. Gobernador en la primera semana del mes de Noviembre de 2005.

CAPÍTULO III
HALLAZGOS GENERALES PRINCIPALES

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se incluye un resumen de los hallazgos principales de la investigación evaluativa llevada a cabo por la Comisión. En primer lugar, se presenta el análisis de las tendencias en el perfil de salud física y mental de la población. Luego, el análisis del estado de salud de la población, de acuerdo al Estudio Continuo de Salud al año 2003. En tercer lugar se observa el perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico. Luego se presenta el resumen del Estudio Especial de Satisfacción con los servicios de salud, elaborado por el Estudio Continuo de Salud. Finalmente, se encuentra el Análisis de los Indicadores de Calidad del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y el Análisis de Sistemas de Salud de otros Países.

En forma general, el análisis de información sobre el estado de salud de la población de Puerto Rico revela que:

1. Las enfermedades crónicas representan dos terceras partes del total de las muertes en Puerto Rico.
2. Muchas de estas condiciones crónicas se asocian a estilos de vida, hábitos alimenticios inadecuados y hábitos tóxicos, como tabaquismo y alcohol.
3. La mortalidad infantil para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno mantiene un valor mayor, cuando se compara con los mismos datos del sector privado.
4. Existe un dramático aumento en las tasas de cesáreas y una tendencia ascendente de las tasas de bajo peso al nacer y prematuridad entre los años 1981 al 2003.
5. No se evidencia mejora en la calidad de los servicios ofrecidos a pacientes hipertensos, asmáticos y diabéticos.
6. Los pacientes de cáncer continúan presentándose en etapas avanzadas, no reciben tratamiento a tiempo luego del diagnóstico y no aceptan o no completan el tratamiento prescrito.
7. La salud mental es uno de los principales problemas de salud en nuestro país y el principal problema de salud para nuestra gente joven.
8. Casi tres cuartas partes de los adultos y los niños necesitados de servicios de salud mental no los reciben.

En este capítulo se observa que el predominio de un patrón intervencionista curativo en vez de una visión salubrista, ha impedido que demos un salto cualitativo y cuantitativo en la obtención de resultados que indiquen que gozamos al 2005, de un mejor estado de salud.

ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS EN EL PERFIL DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LA POBLACIÓN

Análisis del Estado de Salud Física de la Población

En el 1993 la Ley 72 transforma el Sistema de Salud de Puerto Rico donde el Gobierno deja de ser proveedor de servicios de salud y pasa a contratar en la empresa privada, los servicios parar la población médico indigente, que antes asistía a las facilidades gubernamentales.

A la par, durante los primeros años de este cambio, se retrasó el procesamiento y publicación de los datos estadísticos, que permitieran una evaluación progresiva del estado de salud de la población y el impacto del nuevo modelo en el cual los ciudadanos recibirían sus servicios de salud.

En términos generales, es conocido que la población de Puerto Rico está envejeciendo a ritmo acelerado. Por otro lado se ha registrado una tendencia de aumento en la tasa de mortalidad general hasta el año 1995. En el año 2002 se observa un descenso en esta tasa de mortalidad, principalmente atribuidas a una disminución de muertes asociadas a enfermedades del corazón y enfermedades infecciosas como el SIDA. Por otro lado se observa un aumento en la tasa de mortalidad de Cáncer, Diabetes, Enfisema y condiciones Hipertensivas. Son éstas condiciones y complicaciones de salud, que son altamente prevenibles. Esto sugiere que la prevalencia de ciertos factores de riesgos a estas enfermedades son elevadas en Puerto Rico.

En términos de las causas de morbilidad, se ha observado que varían significativamente por grupo etáreo:

- 0 a 17 años: Asma y condiciones respiratorias
  - *35% de la población en el grupo la padece*.
- 18 a 44 años: Hipertensión, diabetes y depresión
  - *Primeras 10 condiciones frecuentes.*
- 45 a 64años: Hipertensión y diabetes
  - *Son las más prevalentes.*
- Más de 65 años: Hipertensión, Artritis y Diabetes
  - *50% de la población.*

A base de estos datos, se observa que el Sistema de Salud no ha logrado mejorar resultados en los indicadores de salud de aquellas condiciones que constituyen las principales causas de muerte en Puerto Rico. Éstas son las enfermedades crónicas, que representan; 8 de las primeras 10 causas de muerte y cerca de 2/3 partes del total de las muertes en Puerto Rico. Entre estas causas de muertes se encuentran: Enfermedades del Corazón, Tumores Malignos, Diabetes Mellitus, Enfermedades Pulmonares Crónicas, Hipertensión,

Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Renal y del Hígado, así como, muertes asociadas a infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Las principales causas de muerte en Puerto Rico para el año 2002 se presentan a continuación:

Primeras Quince Causas de Muerte, Puerto Rico, 2002

CAUSAS DE MUERTE 2/	Orden	Número	Por ciento	Tasa 1/
Enfermedades del Corazón	1	5,026	17.9	130.2
Tumores Malignos	2	4,771	17.0	123.6
Diabetes Mellitus	3	2,444	8.7	63.3
Enfermedades Pulmonares Crónicas	4	1,288	4.6	33.4
Enfermedades Hipertensivas	5	1,262	4.5	32.7
Todos los Accidentes	6	1,186	4.2	30.7
Enfermedades Cerebrovasculares	7	1,103	3.9	28.6
Alzheimer	8	985	3.5	25.5
Neumonía e Influenza	9	883	3.1	22.9
Homicidios e Intervención Legal	10	774	2.8	20.1
Nefritis y Nefrosis	11	733	2.6	19.0
Enfermedades del Hígado	12	655	2.3	17.0
Infecciones Virus Inmunodeficiencia Humana	13	632	2.2	16.4
Septicemia	14	610	2.2	15.8
Condiciones originadas en el periodo perinatal	15	319	1.1	8.3

1/ TASA POR 100,000 HABITANTES.
2/ CODIFICACION SEGÚN DÉCIMA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (ICD-10).
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002

Primeras 10 causas de muerte reportadas, Puerto Rico, 1980, 1990 y 2000

	Defunciones	Porcentaje	Tasa*
1980			
1. Enfermedades del corazón	5,159	25.3	161.1
2. Tumores malignos	3,268	16.0	102.0
3. Eventos cerebrovasculares	1,264	6.2	39.5
4. Todos los accidentes	1,014	5.0	31.7
5. Diabetes mellitas	897	4.4	28.0
6. Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal	869	4.3	27.1
7. Pulmonía e Influenza	848	4.2	26.5
8. Enfermedad del hígado y cirrosis	834	4.1	26.0
9. Arteriosclerosis	793	3.9	24.8
10. Hipertensión con o sin enfermedad renal	693	3.4	21.6
Todas las demás causas	4,734	23.3	147.8
Total	*20,373*	*100.0*	*635.1*
1990			
1. Enfermedades del corazón	5,931	22.9	168.1
2. Tumores malignos	4,078	15.8	115.6
3. Diabetes mellitus	1,673	6.5	47.4
4. Eventos cerebrovasculares	1,190	4.6	33.7
5. Pulmonía e Influenza	1,183	4.6	33.5
6. Todos los accidentes	1,092	4.2	31.0
7. Infección Virus Inmunodeficiencia Humana	1,072	4.1	30.4
8. Hipertensión con o sin enfermedad renal	910	3.5	25.8
9. Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica	875	3.4	24.8
10. Enfermedad del hígado y cirrosis	736	2.8	20.9
Todas las demás causas	7,153	27.6	202.8
Total	*25,893*	*100.0*	*733.6*

2000	Defunciones	Porcentaje	Tasa*
1. Enfermedades del corazón	5,555	19.7	145.5
2. Tumores malignos	4,658	16.5	122.0
3. Diabetes mellitus	2,251	8.0	59.0
4. Eventos cerebrovasculares	1,156	4.1	30.3
5. Hipertensión con o sin enfermedad renal	1,152	4.1	30.2
6. Enfermedades respiratorias crónicas	1,140	4.0	29.9
7. Pulmonía e Influenza	776	2.8	20.3
8. Nefritis, síntomas nefríticos y nefrosis	771	2.7	20.2
9. Enfermedad de Alzheimer	706	2.5	18.5
10. Agresión (homicidio)	687	2.4	18.0
Todas las demás causas	9,372	33.2	245.5
Total	*28,224*	*100.0*	*741.4*

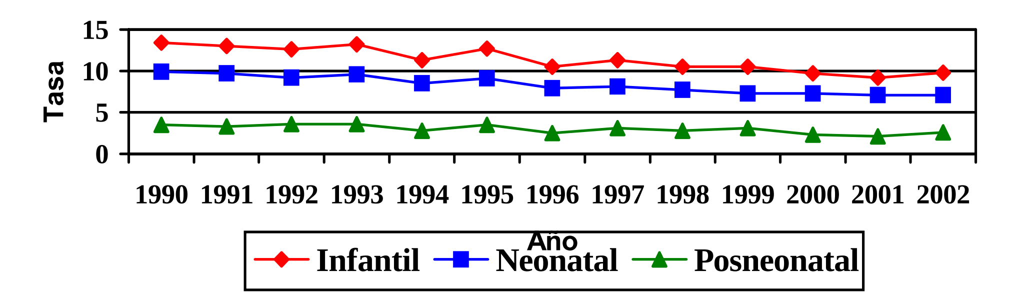
*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Perfil Sociodemográfico y análisis de morbilidad Departamento de Salud 2004

Muchas de estas condiciones están asociadas a estilos de vida, hábitos alimenticios y hábitos tóxicos, como el tabaquismo y consumo del alcohol, lo que pone en duda el alcance de los esfuerzos en términos de prevención y promoción de salud, llevados a cabo, principalmente por las Aseguradoras y en menor escala por el Departamento de Salud desde el 1993 al 2004. Además, la desintegración del nuevo modelo de salud y la responsabilidad fiscal depositada en el médico primario, sin duda afectó la prevención secundaria que incide directamente en este cuadro de causas de muerte en nuestra sociedad. No obstante, luego de un descenso en la expectativa de vida, durante la década de los 80, en los años 90 se observa un aumento en la longevidad del puertorriqueño.

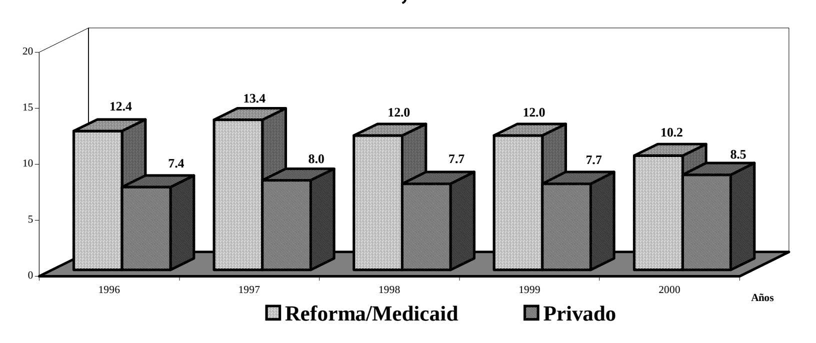
La mortalidad infantil y la mortalidad materna han mostrado una tendencia descendente desde los años 80 y al 2002 ésta se redujo en un 50%: de una tasa de 13.4 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990, a 9.8 en el 2002. Es importante señalar que la mortalidad infantil para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno mantiene un valor mayor cuando se compara con los mismos datos del sector privado. Cabe señalar que 7 de cada 10 muertes infantiles en el 2001 ocurrieron en infantes de bajo peso al nacer; la mitad de ellas en infantes de menos de 3 libras.

Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal, Puerto Rico, 1990-2002



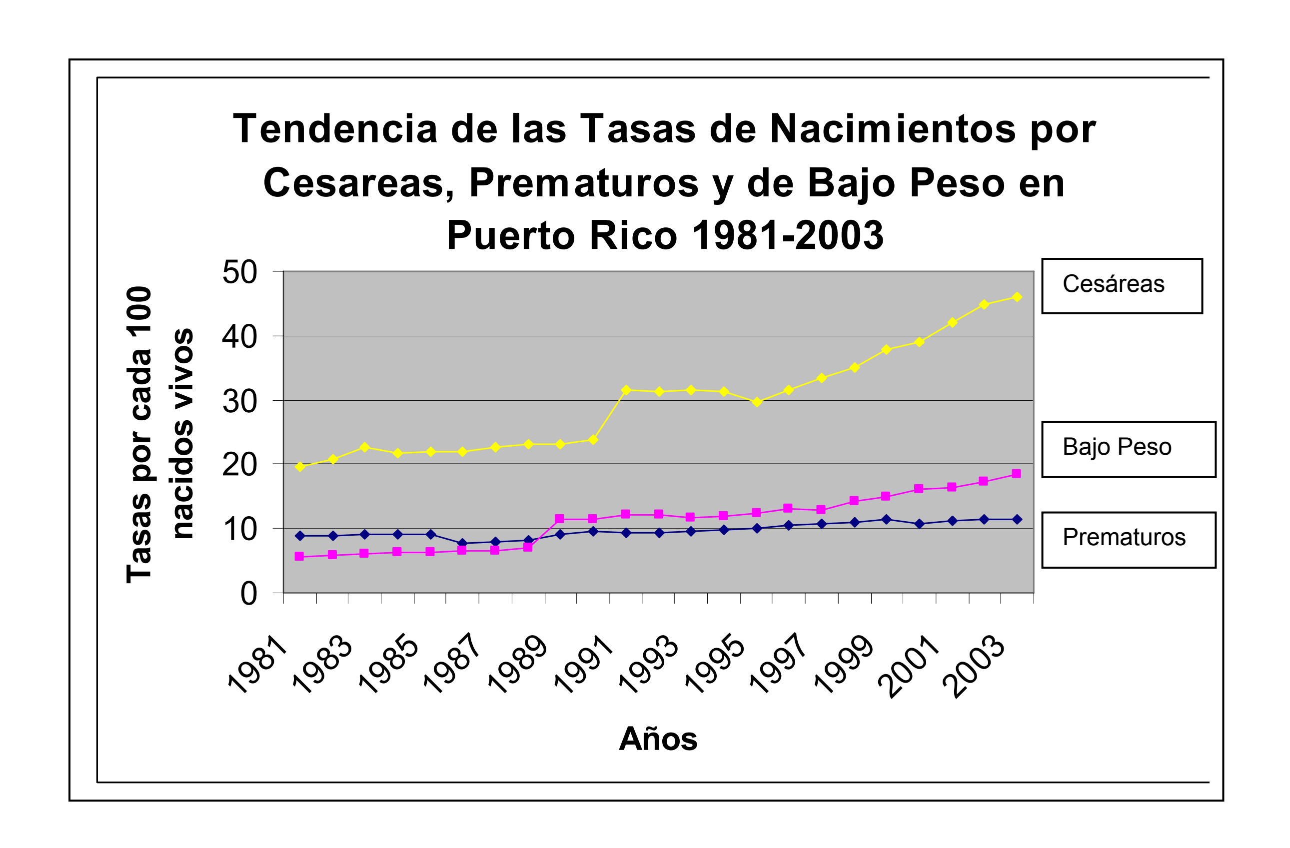
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1990-2002

Tasas de Mortalidad Infantil por Plan de Salud del ELA y Plan Privado Puerto Rico, 1996-2000



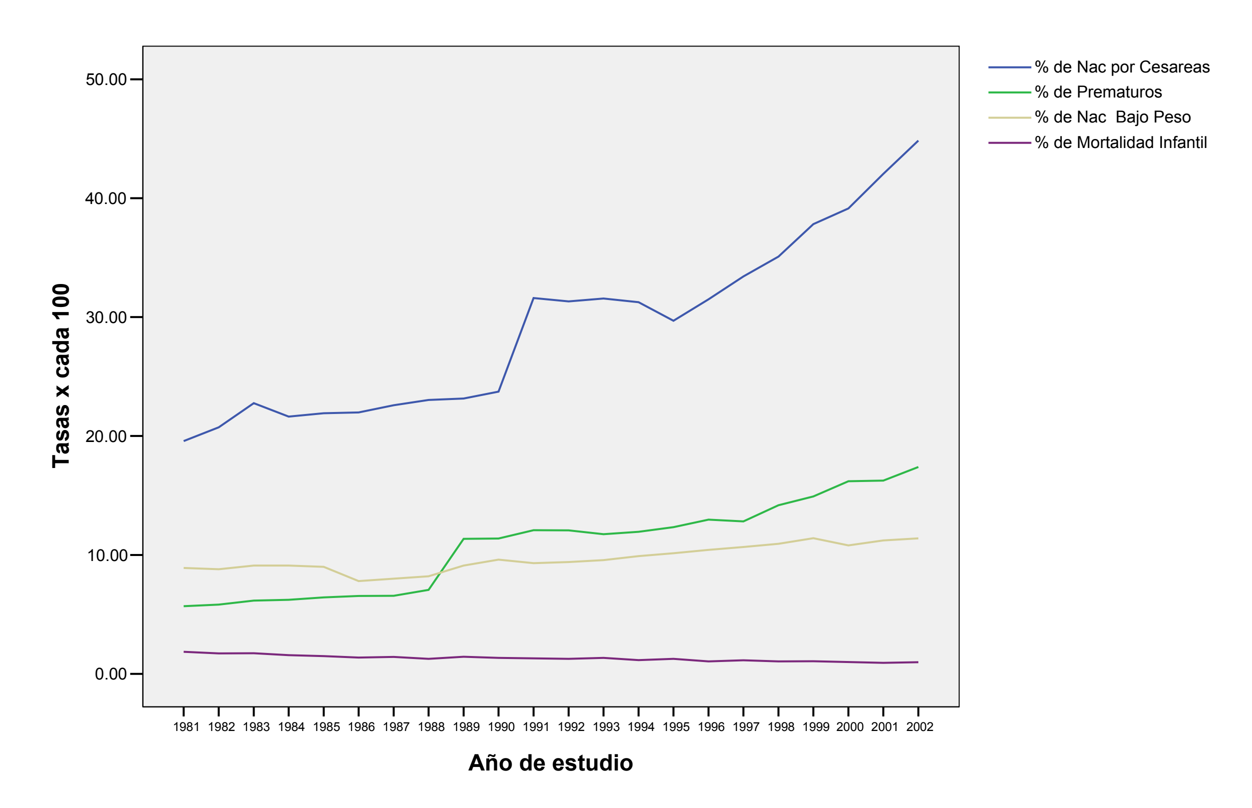
Tasas por 1000 nacidos vivos bajo un Plan Médico.
Fuente: Base de Datos de Mortalidad Infantil, Años: 1996 al 2000, ODSI

Cuando se analiza la tendencia de la tasas de nacimientos de bajo peso al igual que de prematuros, de los Informes de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud, se observa que en general las mismas han sido ascendentes durante el periodo de 1981 al 2003 ($p < 0.001$). También la tasas de cesáreas exhiben la misma tendencia, pero con una pendiente más marcada, sobre todo a partir del año 1995 ($p < 0.001$). Este incremento en cesáreas se presenta cuando precisamente la mayor parte de los nacimientos han sido en los hospitales privados.



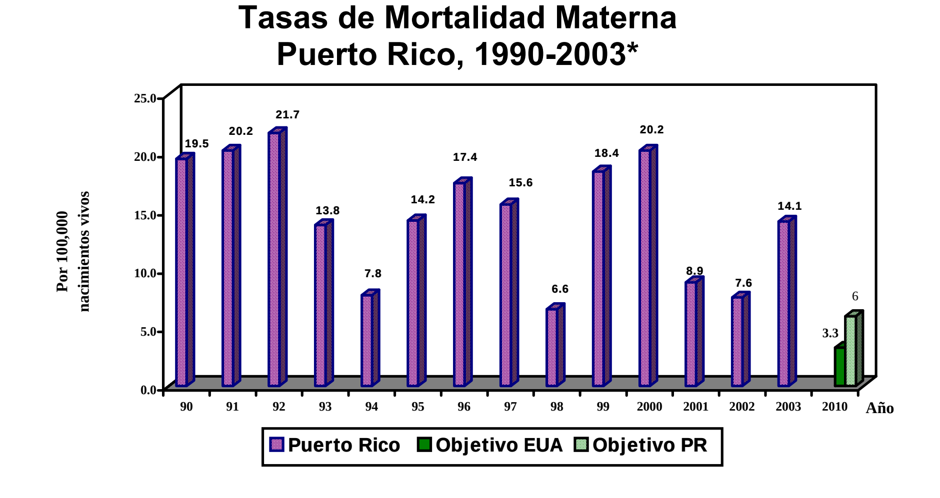
Estos datos resultan muy importantes en la evaluación del desempeño del Sistema de Salud, ya que la tasa de mortalidad infantil mantiene una tendencia ligeramente descendente desde antes de los años ochenta ($p<0.01$), lo que no guarda relación con el dramático aumento en las tasas de cesáreas y la tendencia ascendente de las tasas de bajo peso al nacer y prematuridad entre los años 1981 al 2003. Era de esperar que un aumento en los nacimientos por cesáreas, si respondían a indicaciones médicas, en su gran mayoría se tradujera en una reducción significativa al menos en los nacimientos prematuros o de bajo peso, contrario a lo ocurrido.

De hecho, estos datos sugieren que se debe evaluar la calidad del cuidado prenatal ofrecido; sobre todo cuando la mayor parte de las madres que dan a luz comienzan el cuidado prenatal, durante el primer trimestre de embarazo.



Alrededor de 1 de cada 10 muertes infantiles se registra en una madre adolescente. La tasa de mortalidad materna resulta en un promedio de 14.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos durante el periodo de 1990-1998 registró un aumento de 20.2 por cada 100,000. Estos datos permiten medir la calidad de los servicios de salud pre-natales, del parto y del puerperio.

Tasas de Mortalidad Materna
Puerto Rico, 1990-2003*



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales Años 1990-2003

Más del 40% de las mujeres en edad reproductiva están esterilizadas y la tasa de natalidad presenta una disminución de 15,000 nacimientos menos, cuando se compara con los últimos 5 años.

Al observar el patrón de sobrepeso y obesidad vemos en la población adulta un aumento en la prevalencia que fue del 57.4 % en el 1997 a 61.4 % en el 2002, siendo más marcada en el sexo masculino y en los sectores socio-económicos más deprivados económicamente y desde el punto de vista de nivel educativo.

La prevalencia de inactividad física fue de un 49.2 % en el 2001 y un 46.8 en el 2002 marcando una tendencia creciente con la edad. Se observa que esta inactividad física disminuye en el grupo familiar de mayor ingreso y de nivel de escolaridad más alto.

El consumo agudo y crónico de alcohol es más prevalente en los jóvenes de sexo masculino, así como, aquellos de mayor ingreso familiar y graduados de escuela superior.

La prevalencia en el uso del tabaco fue 14.5% en 1997, como disminuyó a 12.5 % en el 2001 y aumentó levemente a 13.2% en el 2002. Los grupos más jóvenes tuvieron la mayor prevalencia en el uso del tabaco, habiendo una tendencia a disminuir en individuos mayores de 74 años.

Puerto Rico cuenta con un importante sector de su población mayor de 60 años (unos 585,700). Su proporción con respecto con el resto de la población continuará en aumento. Esta población requiere un sistema de salud abarcador que satisfaga sus necesidades, muchas veces complejas que requieren una gran cantidad de intervenciones por diferentes proveedores de servicios, o una gran cantidad de medicamentos, cuidado en el hogar y equipo médico.

En el interés de analizar datos sobre la calidad de servicios de salud antes y después de la Ley 72 del 1993; se utilizó la base de datos del Estudio Continuo de Salud para los años 1992 y 2003. Un indicador de calidad de los servicios de salud es el número de pacientes con condiciones crónicas que se mantienen estables o con la condición bajo control. Se analizaron las hospitalizaciones de los pacientes con hipertensión, asma y diabetes como indicadores de pacientes con condiciones fuera de control. Se utilizó como referencia o año base el 1992, un año antes de que comenzara la reforma. Fueron seleccionados los pacientes sin seguro médico y por ende que fueron atendidos por médicos del sistema público y si fueron hospitalizados, la hospitalización tuvo lugar en los hospitales del Estado Libre Asociado.

Durante el año 1992 un 9.0% de los **pacientes hipertensos** fueron hospitalizados comparado con un 11% en el 2003. En el año 2003 hubo un incremento de un 22% en la proporción de pacientes hipertensos hospitalizados.

Para el 1992 un 7.5 % de los **pacientes asmáticos** requirieron hospitalización comparado con un 9.8% en el 2003. Esto representa un aumento de un 31% en la proporción de pacientes asmáticos que requirieron hospitalización.

La proporción de **pacientes diabéticos** que requirieron hospitalización durante el año 1992 fue de 12.1%, mientras que en el 2003 fue de un 13.8%, representando un incremento de un 14% con respecto al año 1992.

Luego una década de implantada una reforma de salud y de una inversión bíllonaria ($1.4 billones), por parte del Gobierno encaminada a mejorar la calidad de los servicios de salud que se le ofrecen a los ciudadanos que no pueden pagar por planes médicos privados; no se evidencia en estos indicadores presentados una mejora en la calidad de los servicios ofrecidos. De hecho, los datos sugieren una reducción en los indicadores de calidad de los servicios ofrecidos basados en condiciones de salud y utilización de servicios médicos y hospitalarios.

Durante las Vistas Públicas de la Comisión en San Juan, la Dra. Nayda R. Figueroa Vallés, directora del Registro Central del Cáncer de Puerto Rico, presentó evidencia que demuestra que los pacientes de cáncer del Plan de Salud del Gobierno se ven seriamente amenazados por lo siguiente:

1. Los pacientes de cáncer continúan presentándose en etapas avanzadas, debido principalmente a problemas de acceso geográfico y económico, y problemas para la confirmación del diagnóstico, luego del estudio de cernimiento. Estos pacientes necesitan más estudios de diagnóstico para determinar la extensión de la enfermedad y más tratamiento.
2. Los pacientes no reciben tratamiento a tiempo, luego del diagnóstico, debido a múltiples citas para evaluación y tratamiento. Aunque el diagnóstico ya está establecido, no se pueden hacer ciertos procesos hasta que se consigue una aprobación de la Aseguradora.
3. Los pacientes no aceptan o no completan el tratamiento prescrito, porque por ejemplo, la radioterapia requiere visitas diarias a la facilidad entre 6 y 8 semanas corridas. Igual ocurre con la quimioterapia. La mayor parte de los pacientes de cáncer no tienen transportación ni acompañantes. Algunos de los planes sólo pagan por una cantidad limitada de tratamientos, y algunos centros no aceptan el Plan de Salud del Gobierno.

El patrón de morbilidad y mortalidad de la población puertorriqueña se acerca a aquellos países llamados industrializados donde prevalecen las condiciones de salud crónicas asociadas a estilos de vida. Esto añadido al envejecimiento progresivo y acelerado de la población creará una situación de gran demanda de servicio y una alta inversión de recursos del estado para poder satisfacerlo. Una política agresiva de medidas efectivas de prevención, educación y formación de esta población, haciéndolos partícipes de su auto-cuidado podría redundar en

una población más sana y productiva. El Estado debe invertir recursos hoy para prevenir situaciones que le puedan acarrear mayores gastos en el futuro.

Luego de evaluar la información de estadísticas vitales es necesario concluir que la información existente no es suficiente para establecer una conclusión definitiva, en cuanto a los efectos de la "reforma de salud", en los niveles de salud de nuestro pueblo. No obstante, podemos afirmar que no se observan mejoras significativas en los indicadores estudiados, en la calidad del servicio y en la influencia en la calidad de vida y el bienestar de nuestro pueblo. El predominio de un patrón intervencionista curativo versus una visión salubrista de prevención ha impedido que demos un salto en la obtención de resultados objetivos e índices que indiquen que como pueblo gocemos de un mejor estado de salud.

La salud es un derecho de los pueblos y es responsabilidad primaria del Estado brindar la oportunidad de recibir los mejores servicios de salud. Debemos encaminarnos a integrar los servicios de salud para añadir valor a los recursos que tenemos y teniendo en cuenta que el sistema de salud es uno dinámico que necesitará evaluación y ajustes constantes que permitan el crecimiento y la maduración del mismo.[5]

Análisis del Estado de Salud Mental de la Población

Los datos presentados muestran que la salud mental es uno de los principales problemas de salud en nuestro país y el principal problema de salud para nuestra gente joven. Según los datos del estudio epidemiológico realizado por la Dra. Glorisa Canino (ECA Study, 1987), la prevalencia de condiciones mentales en Puerto Rico es comparable con la del resto del mundo. Estas condiciones de salud tocan las bases mismas y el futuro de nuestra sociedad, nuestros niños y adolescentes y nuestras familias, y afectan directamente la convivencia en nuestro país y su desarrollo económico y social.

Sin embargo, sabemos por varios estudios y estimados científicos que en nuestro país casi tres cuartas partes de los adultos y los niños necesitados de estos servicios no los reciben. De ahí, la enorme importancia de reevaluar detenidamente nuestros sistemas de atención de la salud y la salud mental.

- Según el "Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004" de ASSMCA:

[5] Referencias: Análisis Sectorial de Salud, Departamento de Salud - 2004
Crear el Servicio de Salud en el Plan de Salud ELA, Johnny Rullán / Nancy Vega
Perfil Sociodemográfico y Análisis de Morbilidad; Departamento de Salud 2004
Informe Colegio de Médico Cirujanos de PR ante la Comisión de Salud

1. Durante el año de 2003, 132,052 adultos fueron atendidos por problemas de salud mental. De éstos 118,210 fueron atendidos por las compañías privadas contratadas por ASES y 13,842 fueron atendidos por ASSMCA.

2. Se estimó que 65,015, o sea el 55%, de los atendidos por ASES reunían los criterios de enfermedad mental severa mientras que 12,457, o sea el 90% de los atendidos por ASSMCA reunían los criterios de enfermedad mental severa.

3. Se estima que dos terceras partes de los adultos (65.6%) con necesidad de servicios o alrededor de 148,000 personas no los recibieron.

- Durante el Año Fiscal 2004 se atendieron 32,521 niños y adolescentes (28,374 atendidos por la reforma y 4,147 atendidos por ASSMCA) de los cuales se estimó que el 50% reunían los criterios de disturbio emocional severo. Este mismo estudio estimó que aproximadamente tres cuartas partes de los niños y adolescentes con trastornos severos (72.5%) no reciben servicios.

- En su estudio epidemiológico, la Dra. Glorisa Canino informa que los niños con impedimentos no diagnosticados utilizan más los servicios en las escuelas. Los niños con impedimentos diagnosticados utilizan mayormente los servicios especializados en salud mental. De los que presentaron algún diagnóstico o impedimento generalizado solo la mitad de los niños recibían algún tipo de servicio.

- De las personas con el trastorno de dependencia al alcohol, solo una de cada diez recibió servicios de tratamiento especializado para su problema en los 12 meses previos a la encuesta.

- De las personas con el trastorno de drogodependencia solo 27% recibió servicios para esa condición.

En su ponencia ante la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico y su Comité de Salud Mental el Dr. José L. Galarza Arbona, Administrador de ASSMCA, al describir la situación actual del sistema de servicios de salud mental recoge la percepción y el sentir de los miembros de este Comité. Veamos:

Aunque no tengo duda de que en Puerto Rico no existe ni ha existido un organismo público, privado o comunitario que tenga la experiencia acumulada que tiene ASSMCA en atender los problemas de salud mental y abuso de sustancias del país no puedo negar que durante las últimas administraciones gubernamentales la salud mental no ha sido prioridad en la agenda

gubernamental y la capacidad de ASSMCA de responder a las necesidades del pueblo y cumplir con su encomienda fueron seriamente comprometidas. Para muestra con dos botones bastan:

Primero, la reforma del sistema de salud iniciada a principios de la década de los noventa transfirió una gran cantidad de fondos públicos y responsabilidades sobre el cuidado de la salud mental a aseguradoras y empresas privadas con fines de lucro las cuales no han podido proveer el servicio de calidad que el pueblo espera.

Segundo, durante el último año y medio de la administración anterior ASSMCA no tuvo un Administrador y Subadministrador en propiedad y varias de las Administraciones Auxiliares estuvieron vacantes. La participación de ASSMCA en la discusión, elaboración e implementación de la política pública relacionada con la salud mental sufrió una erosión considerable desde que se inició la implantación de la reforma de salud hasta hoy.

Los servicios de salud mental para la población médico-indigente en Puerto Rico se encuentran en una situación precaria. Luego de años bajo un sistema de prestación de servicios a través de proveedores privados contratados a través de ASES, los servicios a nuestra gente con trastornos mentales y de adicción son inadecuados, inaccesibles, tardíos e insuficientes. Los pacientes de salud mental tienen la necesidad de un servicio que corresponda en forma integral a la naturaleza y alcance de sus padecimientos.

Existe una insatisfacción generalizada en lo que respecta al actual sistema de provisión de servicios de cuidado de salud mental en Puerto Rico. Más aún, existe amplio debate acerca del papel que le corresponde jugar al estado, representado esencialmente por el Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y la Administración de Seguros de Salud (ASES), en la reestructuración, operación y mejoramiento del sistema de cuidado de salud mental.

Entre las muchas fallas del sistema actual están las siguientes:

- Como proveedor de servicios de salud mental bajo una privatizadora tuve dificultades que me llevaron a concluir que el conflicto fundamental subyacente era el de reducir costos para aumentar las ganancias de la compañía vs. las necesidades del paciente y la calidad de los servicios.
- Dificultades del gobierno para afrontar los costos de los servicios de salud.
- Costos muy altos de los servicios privados y de las medicinas psicotrópicas.
- Proliferación de proveedores privados que en muchas ocasiones no cumplen con los requisitos de calidad en lo que respecta a

facilidades físicas, licencias, grado de especialización de los recursos humanos y sistemas de control de calidad.

- Acceso ampliado de las personas indigentes a la fase privada del sistema, generando un aumento en la demanda de servicios que no está apoyado por una correspondiente expansión en la oferta de servicios satisfactorios.
- Atención deficiente en el sistema privado debido a un conflicto entre el afán de reducción de costos de los proveedores, la limitada cubierta de los seguros de salud y la necesidad de los pacientes de que se les suministre un servicio que responda en forma integral a la naturaleza y alcance de sus padecimientos de salud mental.
- Insuficiente infraestructura y limitada base presupuestaria en el sector público para atender la clientela que se halla insatisfecha con los servicios privados y recurre en forma creciente a los servicios públicos.
- Limitación de recursos fiscales y humanos en el gobierno para atender aquellas poblaciones especiales tales como personas con retardación mental, reclusos, deambulantes, viejos y personas con condiciones mentales crónicas para los cuales se requiere un insumo de recursos tal que no es apetecible atender por la empresa privada y también para tomar iniciativas tales como la investigación y la fiscalización de servicios.
- Problemas con la obtención de medicamentos; preparación de formulario; medicamentos más baratos y con más efectos secundarios. Entre agosto/2002 a mayo/2004 la Oficina de la Procuradora del Paciente recibió 116,159 querellas. De ella 2,835 correspondían a salud mental. De esas 1,867 tienen que ver con medicamentos no despachados; 300 relacionadas a negación de servicios; 200 no clasificadas; 106 relacionadas a citas; 68 relacionadas a tratamiento no justo y falta de respeto; 59 relacionadas a falta de participación del paciente en las decisiones.
- El 23 % de los pacientes reciben antisicóticos atípicos considerados como la primera línea de tratamiento. En los Estados Unidos y otros países industrializados sobre el 70% de los pacientes que utilizan antisicóticos utilizan los atípicos.

- Los medicamentos mas utilizados en Puerto Rico continúan siendo las benzodiazepinas. Contrasta con la utilización en Estados Unidos y países desarrollados donde los mas utilizados son los antidepresivos. El 44% de los antidepresivos utilizados en Puerto Rico son antidepresivos antiguos.

La implantación agresiva del modelo de privatización sin mediar los estudios correspondientes que justificaran ese cambio debilitó significativamente la capacidad del gobierno a través de ASSMCA de proveer y fiscalizar los servicios de salud mental.

Luego de estos años de cambios en el sistema de servicios de salud mental es necesario volver a la mesa de trabajo. Revisar lo que se ha hecho y plantearnos preguntas fundamentales sobre lo que debe ser un sistema de cuidado de salud mental y sobre cuál debe ser su estructura, herramientas operacionales y fuentes de financiamiento.

Estudios científicos demuestran que las poblaciones especiales son el producto de, a la vez, están más susceptibles a sufrir, los principales males que aquejan a esta sociedad: la disfunción familiar, la pobreza, la mala educación y preparación, el desempleo, el embarazo en adolescentes, las madres solteras, problemas relacionados a sustancias, la violencia, abuso y maltrato, entre otros. Por lo tanto, se requieren esfuerzos y conocimientos especializados para atenderlos apropiadamente. Una intervención adecuada requiere la utilización de recursos múltiples y la colaboración de diferentes profesionales y agencias trabajando en equipo. Ello es particularmente cierto en el manejo de los casos más severos.

El sistema de cuidado vigente se caracteriza por los problemas de fragmentación de servicios y la pobre coordinación de los escasos recursos existentes. La escasez de esfuerzos colaborativos eficaces entre las agencias, las empresas privadas y las iniciativas comunitarias promueve la dispersión de las fuentes de fondos y dificulta el que se pueda aunar esfuerzos para proponer nuevos proyectos que produzcan alternativas viables para atender este complejo problema. La falta de conocimiento, la pobre comunicación e integración de recursos existentes se presta para la duplicación de servicios, en tiempos donde brillan por su ausencia los proyectos prácticos e innovadores.

La escasez de profesionales especialistas en estos campos intensifica la problemática expuesta. La estructura actual de servicios no sólo da pie a la pobre identificación e intervención temprana de las condiciones prevalecientes, sino que contribuye a la limitación de acceso al cuidado que debe proveerse.

El sistema de cuidado en adicción requiere unas palabras particulares. Todo sistema de servicios de cuidado para atender las necesidades de prevención y tratamiento de adicción se complica por su comorbilidad con condiciones de salud mental, física, social y económica. La rehabilitación en la adicción se complica más por ser propensa a recaídas. La mayoría de los pacientes que reciben servicios de tratamiento según los estándares establecidos, se rehabilitan. Un tratamiento poco efectivo aumenta la posibilidad de recaída. El promedio de recaídas de un paciente de adicción que es tratado en forma adecuada, puede ser menor que el promedio de recaídas durante un tratamiento por una condición de hipertensión o asma. (O'Brein, P. McLellan, A.T. (1996), Myths about the treatment of addiction; The Lancet 347, 237-340). El tratamiento en adicción es efectivo, pero tiene que estar basado en modelos probados en estudios científicos.

Todo tratamiento efectivo tiene que estar implementado por proveedores o profesionales con conocimientos académicos especializados que puedan

entender la complejidad de la condición. Un sistema efectivo debe exigir no solo proveedores o profesionales de servicios adiestrados, sino también supervisores clínicos de programas y gerentes adiestrados en los últimos conocimientos científicos. Puerto Rico necesita atender su problema de falta de una fuerza proveedora de servicios de adicción que utilice los últimos hallazgos científicos que demuestran la efectividad de dichos servicios.

La alta prevalencia de comorbilidad, (salud mental, drogas, enfermedades físicas y sociales) necesita un sistema de tratamiento holístico donde todas las condiciones de la enfermedad sean atendidas simultáneamente y de manera integral. Todo tratamiento debe proveer y facilitar que el paciente reciba farmacoterapia, consejería, manejo de casos y grupos de apoyo. La complejidad de la enfermedad conlleva un tratamiento continuamente planificado y supervisado con probabilidad de recaídas lo cual hace difícil el estimar el costo. El costo de la adición no tratada o tratada en forma ineficiente, es muy oneroso. La adicción a droga no tratada contribuye a la baja productividad en los empleos, a complicaciones médicas y a problemas sociales como la criminalidad, maltrato de menores, violencia doméstica y otros males sociales.

A diferencia de otras enfermedades, la adicción a drogas se asocia con enfermedades cardíacas, gastrointestinales, mentales, cáncer, SIDA, hepatitis y de transmisión sexual. El alcoholismo es la causa del llamado Fetal Alcohol Síndrome, condición que se caracteriza por un grado de retardación mental en los niños. La adicción se relaciona además con: personas sin hogar, prostitución, pandillas, accidentes y otras consecuencias de gran costo para la sociedad. Se ha probado que pacientes en tratamientos y/o rehabilitación reducen significativamente su actividad delictiva. El tratamiento contribuye a reducir a la mitad el uso de drogas, reduce el crimen en un 80% y reduce arrestos en una 64%. (Office of Evaluation, Scientific Analysis and Synthesis; Center for Substance Abuse and Mental Health Administration (1997).

Estudios en el área de las adicciones han logrado avances significativos que han contribuido grandemente a la profesionalización de este campo en los últimos diez años. Dos décadas de investigación, incluyendo más de mil (1,000) estudios de modelos de intervención, han probado que la adicción a drogas y alcohol es una enfermedad del sistema nervioso, tratable si se utilizan las técnicas apropiadas y el personal capacitado en los últimos avances científicos. Es necesario crear mecanismos que faciliten la creación de nuevos centros que provean tratamientos. En PR existe una gran escasez de profesionales con la capacitación formal necesaria para brindar servicios probados por su efectividad con la población que consume substancias sicoactivas. Aún más, en PR no se exige ninguna clase de licencia o certificación a aquellos que intenta tratar la compleja enfermedad de la adicción. Todos lo esfuerzos de proveer más servicios no resultan si no contemplamos la necesidad de capacitar a los profesionales. Se debe considerar además que el sistema actual provee muy poca monitoría a los servicios de tratamiento en adicción que posee el país. La

aprobación de licencias a programas de servicios sigue operando bajo reglamentos que no han sido atemperados formalmente a los conocimientos y avances del campo. En muchos casos su fiscalización se limita a estructuras físicas y no a exigir los mejores protocolos de servicios. La asistencia técnica a proveedores de servicios ha sido bastante laxa e inadecuada de parte de la agencia fiscalizadora ASSMCA que al mismo tiempo es proveedora de servicios.

Una parte importante de los servicios de salud mental se ofrecen en el sector privado. El 40% de toda la población de Puerto Rico está cubierta por los planes médicos privados mediante los cuales recibe sus servicios de salud mental. Prácticamente el 100% de los empleados públicos del gobierno de Puerto Rico reciben sus servicios de salud mental a través de los planes médicos privados.

En un sistema democrático y capitalista como el nuestro la empresa privada con sus mecanismos de libre competencia y mercado libre debe tener su espacio con las debidas salvaguardas éticas discutidas anteriormente. Un componente esencial en la provisión de servicios en este sector es el profesional de la salud clínico (psiquiatra, psicólogo, trabajador social). Este profesional, a quién el Estado le restringe su capacidad de organizarse para negociar en grupo, tiene que confrontarse frecuentemente con corporaciones grandes y fuertes económicamente (hospitales, aseguradoras, MBHO's, industria farmacéutica y el gobierno) que mediante la estructura de tarifas y otros procedimientos administrativos restringen el acceso y dificultan un servicio de calidad en el sistema de salud mental privado de Puerto Rico. El profesional no tiene poder de negociación quedando indefenso y a la merced unilateral de los planes. Evidencia de esto es la similitud asombrosa de todas las tarifas entre todos los planes médicos privados.

La salud mental es un grave problema en Puerto Rico. Al presente se encuentra en una situación precaria debido al total control de las aseguradoras y los MBHO,s. La conducta de estas organizaciones se caracteriza por reglas arbitrarias para auditorias, denegación de servicios, peligrosas prácticas en el manejo de medicamentos mediante las cuales se proveen medicamentos de mantenimiento solo por 15 días aun cuando el psiquiatra informa que son de mantenimiento, la dilatación no justificada en incluir los nuevos medicamentos que deben estar disponibles a sus suscriptores. En ocasiones el paciente suspende las medicinas por no buscar otra receta innecesariamente. Esta es una práctica que atenta contra el bienestar del enfermo. Existen reglas arbitrarias para reglamentar los servicios con auditorias injustas donde no media la comunicación con los psiquiatras responsables, sino que se lleva a cabo por un auditor carente del debido peritaje. Las denegaciones indebidas de estadías que atentan contra el bienestar del enfermo, las presiones continúas para altas prematuras y la denegación del pago por servicios prestados en forma arbitraria son la orden del día. Los procedimientos apelativos son de difícil cumplimiento y sin seguridad de ser escuchados pues ocurren dentro de la misma empresa.

Ante este escenario cada vez son menos los proveedores que están dispuestos a contratar con estas aseguradoras para prestar servicios a pacientes privados.

Aunque el costo de vida aumenta anualmente y todos los planes médicos aumentan anualmente sus primas a los suscriptores y patronos, como es natural, no existe un plan de aumento anual de las tarifas que los planes médicos les pagan a los proveedores de salud mental y entidades ambulatorias de servicios de salud mental. Hay planes médicos que no han revisado estas tarifas en períodos de hasta quince años. Todavía existen tarifas de $40 por una visita psiquiátrica establecida hace 15 años.

Los honorarios que se les pagan a los proveedores de salud mental actualmente no permiten la viabilidad económica de sus prácticas privadas. Luego que se computan los gastos operacionales o de mantenimiento tales como: renta, secretarias, teléfonos, seguros, equipo y mobiliario de oficina, membresías en asociaciones profesionales, licencias, impuestos, inversión de tiempo y esfuerzo obteniendo pre-certificaciones, pagos, etc. y se le hacen los descuentos por rechazo y tardanzas de pagos por parte de los planes médicos y asumiendo un promedio de 10 visitas por día a $45 por visita, el ingreso de un psiquiatra a tiempo completo se ha estimado en $55,000 lo cual es un ingreso tres veces por debajo de lo que debiera ser para un profesional con estas calificaciones y compara muy por debajo de lo que gana un psiquiatra en los Estados Unidos. Usamos el ejemplo del psiquiatra pues, al ostentar éste un titulo médico, suele ser el de mayor ingreso de todas las profesiones de salud mental.

El sistema de pre-certificaciones utilizado por los planes médicos para servicios de salud mental es violatorio de los derechos de los pacientes de salud mental y sus proveedores y deberá ser completamente rediseñado conforme a la Ley 408 de Salud Mental y los estándares de cuidado existentes.

El problema de honorarios bajos, pagos tardíos y de un sistema de pre-certificaciones obstaculizador nunca ha sido atendido con seriedad sino con indiferencia por estas compañías, cuyos negocios operan con ganancias considerables y cuya prioridad es la generación de ganancias y no el trato justo a pacientes y proveedores. Luego tienen la desfachatez de caracterizar a los proveedores que protestan como unos solo interesados en su propio lucro personal. Esto es como mencionar la soga en casa del ahorcado.

Obtener audiencia, información y trato justo con las aseguradoras y los MBHO's es un ejercicio en futilidad. Este es uno de esos ejemplos dramáticos de cómo la relación entre los distintos componentes de nuestro sistema de servicios de salud privado lejos de ser colaborativa es adversarial creando una inestabilidad y ambiente de litigio que no redunda en beneficio de nuestros pacientes.

Una de las herramientas más efectivas en combatir la arbitrariedad, el abuso y la corrupción es la transparencia, la honestidad y el proceso justo. Trate usted de

obtener información como la siguiente de las aseguradoras y sabrá lo que es frustración e impotencia:

- ¿Qué por ciento y las cantidades absolutas de los costos que los planes médicos asignan para salud mental? Esta cifra debiera reflejar una proporción que demuestre que se está atendiendo los problemas de salud mental. No debiera ser menos de un 7%.?Que por ciento de las solicitudes de servicios mediante precertificaciones son aprobadas y que por ciento denegadas? Nunca se han hecho públicas estas estadísticas.
- ¿Qué por ciento y cuántos de los proveedores de salud mental son proveedores de cada plan médico y las razones por las cuales no existe un número significativo de proveedores privados en muchos de los planes médicos? Nos sospechamos que esto es así pues las tarifas son tan inadecuadas que no son realistas para que los proveedores de salud mental se interesen en participar de la red de proveedores de los planes médicos.
- ¿Cuántos planes médicos fueron penalizados con multas al violar la ley que exige que se les pague a los proveedores en un plazo no mayor de 60 días? Nos sospechamos que ningún plan médico ha sido multado a pesar que las tardanzas en pagos es una práctica común.
- ¿Qué estudios comparativos que analicen objetivamente el método que utilizan los planes médicos para revisar tarifas periódicamente y los resultados de tales estudios? Nunca lo han hecho.

Es predecible que de continuar este problema de honorarios y procedimientos administrativos injustos y arbitrarios, el número de proveedores de salud mental que son participantes de los planes médicos continuará mermando y cada día se irá perdiendo interés por parte de médicos y profesionales jóvenes en integrarse a las profesiones de psiquiatría y de salud mental o continuarán emigrando hacia el exterior. Esto resultará en una aguda crisis de escasez de psiquiatras y otros profesionales en Puerto Rico.

Actualmente cada plan médico tiene su propio sistema operacional el cual no es compatible con ninguno de los otros planes médicos. Esta situación dificulta enormemente las operaciones administrativas de los proveedores con los planes médicos pues al ser cada plan médico diferente en códigos de servicios, procedimientos y demás la inversión de tiempo para mantenerse actualizado por parte de los proveedores es enorme, dilata los procesos y provoca errores constantes que resultan en cuantiosas pérdidas económicas a los proveedores. En algunos casos, es más costoso someter una factura y cobrarla que la cantidad que se recibe del plan médico como honorario al profesional de salud mental.

Además, al no existir un sistema mecanizado, se impide la colección de data económica, epidemiológica y operacional sobre los servicios de salud mental ofrecidos por los planes médicos. A pesar de que las compañías de planes

médicos utilizan tecnología para sus procesos internos, no la utilizan para interactuar con los proveedores resultando en una interacción obsoleta, lenta, obstaculizante y burocrática. Esto reduce la calidad y el acceso de los servicios ofrecidos a los pacientes y los encarece para el proveedor. Por ejemplo, procesos como los códigos de facturación, las pre-certificaciones y autorizaciones para servicios de salud mental, pagos y auditorias deberán ser mecanizados y uniforme para todos los planes médicos.

Algunos planes médicos requieren a los proveedores obtener autorización del plan médico previo a que estos puedan ofrecer ciertos servicios, como por ejemplo Hospitalización Parcial Psiquiátrica y visitas. Esto se hace mediante una “pre - certificación” con información clínica sobre la condición del paciente que el proveedor somete al plan médico. Si ésta pre-certificación no se obtiene, el plan médico no honra el pago de ningún servicio prestado. Esta pre-certificación la somete el proveedor de servicio, ya sea en su oficina privada o en el caso de las hospitalizaciones parciales psiquiátricas en la facilidad luego que el paciente ha sido evaluado y el psiquiatra o profesional de salud mental hayan establecido el tratamiento que el paciente necesita. Cada plan médico tiene una forma diferente de cómo se debe someter una “pre-certificación” pues algunos lo hacen telefónicamente, otros por fax y correo, y los menos, electrónicamente lo cual sería lo deseable. En aquellos casos donde la comunicación de la pre-certificación es mediante teléfono, es prácticamente imposible lograr contacto con muchos planes médicos pues las líneas prácticamente nunca contestan. Cuando el plan médico devuelve la llamada, algo que frecuentemente no hacen, le exigen al profesional de salud mental venir al teléfono en momentos donde éste está atendiendo a otros pacientes lo cual provoca aún más inconvenientes. En los casos donde la pre-certificación se envía por fax, el plan médico no solo se tarda en contestar sino que frecuentemente, días mas tarde y luego de numerosas llamadas por parte del proveedor, alega que nunca lo recibió. Igual ocurre cuando el plan médico insiste en que se les envíen las pre-certificaciones por correo ya que ellos también envían las contestaciones por este medio de correos. Obviamente el uso de correos tampoco tiene sentido en vista de la agudeza de la condición del paciente pero es como algunos planes médicos insisten se realice. Algunos planes médicos envían un “auditor” físicamente a las facilidades. Este auditor frecuentemente no llega a las facilidades lo cual imposibilita la aprobación de pre-certificaciones o modificar éstas cuando ya han sido aprobadas por un cierto período de tiempo pero es necesario renovarla, modificarla o extenderla. Varios planes médicos además establecen criterios de aprobación de tratamientos deliberadamente obstaculizadores como es el caso en planes médicos que solo aprueban un número tan reducido de visitas en el caso de servicios ambulatorios (conocemos de un plan médico que requiere pre- certificación para cada 2 visitas) o de número de días de hospitalización parcial a veces solo 2 días en el caso de los hospitales parciales para casos cuya severidad requiere un número mayor que esos como mínimo.

Otro problema serio en el proceso de pre-certificaciones es que quien autoriza o deniega estas solicitudes de servicio de Hospital Parcial Psiquiátrico es un técnico cuya capacitación profesional es inferior a la de cualquiera de los proveedores. Cuando se les señala esto a los planes médicos, ellos repostan alegando que "tenemos un director médico psiquiátrico" para supervisar este proceso. Aunque en la mayoría de los casos, es cierto que el plan médico dispone de un psiquiatra consultor, al examinar el volumen de casos de salud mental que el plan médico maneja y se analiza el número de horas contratadas al psiquiatra consultor, se observa una desproporción tan inmensa que es necesario concluir que el cumplimiento de contar con un psiquiatra consultor es meramente técnico pero no real operacional. Si el proveedor de servicios solicita apelar una denegación de servicios, el sistema se toma varias semanas en lograrse y solo luego de una lucha titánica por lograr que se considere la apelación. Mientras todo esto ocurre, el paciente tiene que esperar sin recibir el tratamiento que necesita.

El otro problema enorme de este sistema de pre-certificaciones es que invariablemente el plan médico nunca autoriza las solicitudes de pre-certificación dentro del plazo de 8 horas como estándar máximo que es como debe ser. Por el contrario el plan médico se tarda desde un día hasta varios días en emitir la autorización lo cual obliga al paciente y a su psiquiatra a posponer iniciar el tratamiento hasta que el plan médico conteste. Esto perjudica al paciente en su condición emocional y requiere una enorme inversión innecesaria de tiempo y esfuerzo al proveedor.

Aclaramos que hacemos estas críticas y las recomendaciones posteriores en espíritu de reconocer que en Puerto Rico necesitamos una industria de seguros médicos moderna, sólida y competitiva. Deseamos también una industria que fomente y proteja la libre selección y la libre competencia. No consideramos a la industria de planes médicos adversa a los intereses de los pacientes pero sí entendemos que esta industria opera con un limitado entendimiento real del manejo del beneficio de cubierta de salud mental lo cual explica el por qué ha permitido el injusto sistema de tarifas y procedimientos prevalecientes. Es esta falta de información correcta lo que deseamos corregir con las medidas que aquí presentamos. Deseamos también indicar de que aún cuando algunas de las recomendaciones que ofrecemos aquí pudieran a primera vista dar la apariencia de que habría una consecuencia de aumento en costos, la experiencia actuarial y estudios de asociaciones profesionales de salud mental demuestran que cuando se implementa una cubierta de salud mental efectiva en los planes médicos como esta que estamos recomendando, el efecto neto es una reducción de costos del plan. Bastan dos ejemplos sencillos para ilustrar este fenómeno. Primero el caso de un paciente con una condición de alcohol o drogas que desarrolla condiciones físicas severas que sí consumirán más recursos económicos al plan médico. El segundo ejemplo se refiere a casos donde el paciente siente síntomas físicos como mareos o dolor de cabeza que requerirían costosas pruebas y estudios médicos cuando en realidad la causa de

estos síntomas son conflictos emocionales o preocupaciones personales los cuales son de fácil resolución cuando se atienden por el profesional de salud mental. Por tanto es importante resaltar que estas medidas que recomendamos aquí, si se planifican adecuadamente, no habrán de resultar en un alza en las primas que pagan los compradores de planes médicos, sino todo lo contrario.

Partiendo del marco conceptual aquí esbozado y tomando en cuenta la experiencia vivida en los últimos doce años con los cambios ocurridos en nuestro sistema de salud podemos concluir que este modelo adolece de serias deficiencias éticas. No parece que la dimensión ética haya sido parte importante en el esbozo, análisis e implementación del modelo de cuidado dirigido en la Reforma de Salud. Parece más bien que fue ignorada o tapada. Las deficiencias éticas se resumen en las siguientes:

- El modelo actual compromete el profesionalismo de los profesionales de la salud. Ejercer profesionalmente en este sistema es como nadar en contra de la corriente. El ambiente de trabajo creado por las aseguradoras y las organizaciones de cuidado dirigido en salud mental (MBHO's) no es un entorno que apoye y aliente la conducta profesional sino todo lo contrario. El profesional está continuamente en conflicto entre su lealtad al paciente y su profesión y la empresa para la que trabaja o contrata. Las necesidades del paciente chocan continuamente con las prioridades de la empresa y al profesional lo ubican de intermediario.

- El modelo actual, mediante la capitación, pone al profesional y a la entidad proveedora de servicios privados en un conflicto de intereses permanente entre su interés económico personal y el de la empresa que lo contrata y la necesidad del paciente por servicios de salud. Se estimula la negación de servicios mediante el incentivo económico de la capitación. O sea, mientras menos servicios de salud ofrezca el médico mayor es su ganancia económica y la de la empresa para la que trabaja.

- El modelo actual violenta la tradición histórica de las profesiones de la salud como un quehacer entre seres humanos para ayudarse mutuamente en momentos de enfermedad, dolor y vulnerabilidad. Un quehacer que necesita de la compasión, la colaboración y el altruismo contrario a la frialdad, distancia, competencia y egoísmo que caracteriza el actual sistema. Se pretende lograr un bien común o social: acceso y equidad en el sistema de servicios de salud usando una metodología de mercado que es intrínsecamente contraria al objetivo que se quiere lograr. El fin no justifica los medios.

- El modelo actual tiene un método de financiamiento que da lugar al fenómeno que podríamos llamar racionamiento oculto. Es verdad que todo sistema de prestaciones de servicios de salud tiene que establecer límites en los servicios que puede ofrecer. Esto es así porque los recursos no son infinitos mientras que el consumo de servicios de salud es potencialmente infinito. Es totalmente legítimo que en un sistema de salud público, financiado con fondos del Estado, se establezca, por ejemplo, que no se van a hacer trasplantes de órganos en determinados casos o no se va a dar diálisis en pacientes que estén en paro renal Terminal, para poner unos ejemplos. Lo que no es legítimo es que se niegue un servicio al que la persona tiene, en principio, derecho y que está médicamente indicado. Cuando el médico primario, la aseguradora o la organización de cuidado dirigido en salud mental, limitan el acceso a servicios que cumplen con los dos requisitos estipulados --derecho en principio e indicación médica-- para controlar los costos y aumentar el margen de ganancias, se incurre en la práctica del racionamiento oculto. El racionamiento oculto es éticamente inaceptable. Ante un cuadro de necesidades mayores que los recursos disponibles el principio de justicia distributiva justifica el tener que racionar servicios utilizando una escala de prioridades basada en valores éticos e implementados de manera transparente. El racionamiento como práctica en servicios de salud no es otra cosa que hacer una distribución ordenada de bienes escasos. Es limitar el consumo de algo para evitar consecuencias negativas. El modelo actual propicia el racionamiento oculto de servicios de salud en forma solapada y poco transparente al servicio del lucro. Como si estuviésemos lidiando con mercaderías como refrescos, productos estéticos o tornillos y tuercas y no con la salud y la vida de otros seres humanos. Que no se diga que el modelo actual es uno que responde a la época moderna. La historia de la medicina está llena de períodos en los cuáles la medicina era un negocio de no buena reputación y practicado con poco rigor. De eso salimos pero parece que podemos volver atrás de forma un tanto más sofisticada que antes. La filosofía detrás del modelo de cuidado dirigido actual no es buena. Es cualitativamente inferior a la que dirigía el modelo anterior de salud pública.

- El modelo actual pone excesivo énfasis en el manejo individualista y farmacológico de las enfermedades mentales minimizando las intervenciones psicoterapéuticas y sociales. No propicia el manejo interdisciplinario y sistémico de estas condiciones.

- La dependencia en fármacos para tratar las enfermedades mentales ha generado una presión económica muy alta en el sistema. El costo de los psicotrópicos es cada vez mayor y la industria farmacéutica no

parece tomar nota del impacto negativo que esto tiene en el bolsillo de los pacientes, especialmente de los más necesitados. La insensibilidad de la industria farmacéutica es un ejemplo de la necesidad de una mayor responsabilidad social en las organizaciones e instituciones que de alguna manera o de otra tienen que ver con el cuidado de la salud. Es responsabilidad de los médicos, por otro lado, no ser cómplices de estas políticas aceptando beneficios materiales que evidentemente son prácticas de mercadeo y utilizando medicamentos como única herramienta terapéutica.

ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE PUERTO RICO DEL ESTUDIO CONTINUO DE SALUD DEL 2003

Análisis del estado de salud en términos de morbilidad, utilización de servicios, incapacidad funcional, actividad física y obesidad en la población general y por tipo de seguro de salud en Puerto Rico año 2003

El objetivo del presente escrito es presentar un análisis del estado de salud de la población en términos de morbilidad, utilización de servicios de salud, incapacidad funcional, actividad física y obesidad en general y por tipo de plan de seguro de salud en Puerto Rico para el año 2003.

I-Introducción

Breve historia y cronología del Estudio Continuo de Salud

El Estudio Continuo de Salud antes conocido como Muestra Básica, es una investigación de campo la cual se inició en el 1963 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. La implantación de este estudio surge como una necesidad para el sistema de salud existente en aquella época de controlar y prevenir las enfermedades crónicas. Debido al aumento de estas condiciones crónicas, gran parte del presupuesto de la Oficina de Salud y Bienestar iba dirigido a la prevención y control de dichas enfermedades y el cuidado de los enfermos crónicos. Las estadísticas existentes en ese momento incluían estadísticas convencionales de mortalidad, de crecimiento y cambio poblacional, registro de enfermedades reportables como cáncer y tuberculosis y estadísticas operacionales de las diferentes agencias de gobierno. Estas estadísticas solo reflejan lo que le ocurre a una fracción de la población. Por lo tanto se necesitaba información sistemática representativa para toda la población, que revelara la magnitud de las enfermedades crónicas, indicara los resultados de los diferentes programas creados para tratar con éstos problemas y caracterizara el impacto de las enfermedades crónicas en la unidad familiar y en los individuos.

El objetivo principal del estudio fue el establecer y demostrar la utilidad de una encuesta básica continua de salud para la evaluación e investigación del

bienestar y problemas comunitarios de salud. Los principales objetivos específicos fueron proveer información cuantitativa a nivel isla la cual ayudara en la planificación general y evaluación de los servicios de salud existentes. Otro de los objetivos fue el servir como un método para que los directores de programas de salud incluyeran preguntas relacionadas con su área de trabajo. De igual forma este estudio sirve para que el Secretario de Salud identifique áreas de salud cuyas necesidades no están siendo atendidas adecuadamente y pueda desarrollar estrategias efectivas de trabajo. Finalmente este estudio debe servir como un mecanismo para la planificación y conducción de investigaciones epidemiológicas y sociales de enfermedades crónicas y problemas de salud y bienestar relacionados.

En el año 1967 el mismo pasa a la División de Planificación, Investigación y Evaluación del Departamento de Salud y Bienestar del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El propósito de la Muestra Básica era el presentar un cuadro estadístico general sobre la morbilidad y crear un perfil de la situación de salud de la sociedad puertorriqueña. Además, se recogía información sobre la utilización de servicios médicos, hospitalizaciones, visitas a médicos y dentistas entre otros importantes aspectos de los servicios de salud. Esta información sirvió para la evaluación del sistema de salud existente, la planificación de los servicios y mejoras a la política pública de salud.

En el año 1996 se diseñó e implantó una evaluación al Estudio Continuo de Salud a la luz del cambio en los roles del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De esta evaluación surgieron, entre otras, las siguientes recomendaciones: utilizar un diseño muestral que permita realizar estimaciones para cada municipio de la Isla, desarrollar un instrumento más ágil para el recogido y procesamiento de la información y proveer asesoramiento profesional en las áreas de bioestadísticas, muestreo, epidemiología y salud pública. En el año 1998 se contrató a un facultativo de la Escuela de Salud Pública para diseñar una muestra probabilística y representativa de cada municipio de Puerto Rico.

Durante el año 2000 comenzó el Proyecto Colaborativo: Implantación del Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico adscrito a la Escuela Graduada de Salud Pública, del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico en unión al Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Algunos de los objetivos del Proyecto Colaborativo son :

- Mantener un perfil actualizado del estado de salud de la población puertorriqueña con el fin de facilitar la planificación y administración de servicios de salud. Servir de base para la toma de decisiones informadas en la evaluación y recomendación de mejoras a las políticas de salud pública.
- Proveer datos sobre el estado de salud de la población de cada municipio a investigadores, profesionales de la salud y científicos sociales para su análisis.
- Estrechar los lazos de colaboración entre el Departamento de Salud y la Escuela Graduada de Salud Pública.
- Proveer un mecanismo ágil para la recolección de datos que permita tomar decisiones informadas.
- Utilizar la información generada en el Estudio Continuo como marco de referencia o punto de partida a nuevas investigaciones en el campo de la salud y ciencias sociales.

El Proyecto Colaborativo hace importantes innovaciones al estudio. La primera de ellas es la utilización de una muestra representativa para cada municipio de la Isla siendo la primera vez que se recopilan datos de morbilidad por cada pueblo, incluyendo a Vieques y Culebra. Además, se incorporaron nuevos componentes al cuestionario como nutrición, lactancia materna y un cernimiento de salud mental los cuales no estaban en el cuestionario utilizado anteriormente. Es importante señalar que este es el estudio de salud mas abarcado, en términos de nivel de representatividad, ya que no existe otro igual en los Estados Unidos.

II- **Metodología Utilizada**.

a-**Diseño del estudio**

El Proyecto Colaborativo tiene un diseño transversal retrospectivo. Un estudio transversal (cross-sectional study) es uno el cual "examina la relación entre enfermedades (u otras características relacionadas a la salud) y otras variables de interés según existen en una población definida en un momento particular. La presencia o ausencia de enfermedad y la presencia o ausencia de las otras variables (si son cuantitativas, su nivel) son determinadas en cada miembro de la población bajo estudio o en una muestra representativa en un momento particular". La relación entre una variable y la enfermedad puede ser examinada de dos formas. Primero, "en términos de la prevalencia de la enfermedad en diferentes subgrupos de la población definidos de acuerdo a la presencia o ausencia (o nivel) de la variable". Segundo, "en términos de la presencia o ausencia (o nivel) de las variables en los enfermos versus los no enfermos" (Last, 1995).

"Los estudios transversales, también conocidos como encuestas de prevalencia, proveen información sobre la frecuencia de una enfermedad en una población). En este tipo de estudio se escoge una muestra de la población de interés de forma aleatoria en un momento determinado. Una vez seleccionada la muestra se determina la frecuencia de la enfermedad de interés en la población, así como factores que puedan estar asociados con la presencia o ausencia de la enfermedad" (Lilienfeld, 1994).

b-**Población o universo estudiar**

El universo del Estudio es la población civil no institucionalizada de Puerto Rico en cada año natural.

c-**Diseño de la Muestra**

El diseño muestral para el recogido de datos del estudio es uno probabilístico multietápico por conglomerados estratificado por municipio. El marco muestral utilizado es el listado de todos los bloques censales demarcados por el Negociado del Censo para Puerto Rico 2000. La unidad primaria de

muestreo son los bloques censales y la secundaria los segmentos de viviendas. La muestra total es de aproximadamente 24,491 viviendas.

d-**Instrumento de recopilación de datos**

El instrumento se compone de once áreas las cuales son: indicadores sociodemográficos, indicadores de salud (seguro de salud, visitas a médicos y dentistas), hospitalización, morbilidad, estilos de vida (dieta y ejercicio y consumo de tabaco y alcohol), histerectomía, nutrición, limitación de actividad, empleo y trabajo, salud mental y lactancia materna.

Los indicadores sociodemográficos incluyen información sobre composición familiar, escolaridad, edad, parentesco, estado civil y actividad usual para cada uno de los miembros de la vivienda. En el área de indicadores de salud, se encuentran las preguntas relacionadas al seguro médico, visitas a médicos y dentistas. En visitas al médico se evalúa las razones de la visita, tratamiento recibido, lugar dónde recibió el servicio y especialidad médica. En visitas al dentista solamente se evalúa el tipo de servicio recibido. En el área de hospitalización se evalúa el tiempo de la estadía, el lugar donde se recibe el servicio, razón de la hospitalización, posibles operaciones y forma de pago.

El área más importante del instrumento es el área de morbilidad la cual mide la frecuencia de las enfermedades. En este estudio se define morbilidad como aquellas condiciones que tienen un impacto en la vida de las personas. Por lo tanto, el énfasis otorgado en éste estudio es hacia la dimensión social de la morbilidad. En esta área se mide las enfermedades que las personas reportan, si recibieron o no servicio, el tipo de servicio, el origen de la condición y posibles días de restricción. Al codificar las condiciones de salud, se utiliza los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). En el caso de los códigos especiales de impedimentos, éstos son una adaptación de los utilizados en el "National Health Interview Survey" de Estados Unidos.

La siguiente área se refiere a los estilos de vida entre los que se encuentra dieta y ejercicio y consumo de tabaco y alcohol. En la sección de dieta y ejercicio se mide si la persona realiza alguna de éstas actividades, frecuencia y tipo. En la

sección de tabaco y alcohol, la cual solo aplica a personas de 12 años o más, básicamente se evalúa si hay o ha habido consumo de tabaco o alcohol en algún momento.

El área de nutrición aplica exclusivamente al informante que contesta la entrevista. En la misma se evalúa la frecuencia de consumo de los principales grupos alimentarios, el consumo y tipo de agua ingerida y la confección de los alimentos.

Las preguntas relacionadas con histerectomía solo se contestaban si la mujer era informante o estaba presente al momento de la entrevista (aplica a mujeres de 10 años o más). Se recopila información sobre la realización o no del procedimiento, razón del mismo, edad, año y servicio recibido. Además se mide si durante el último año se ha realizado una mamografía.

Las preguntas sobre limitación de actividad física están divididas por grupos de edad y aplica a todos los miembros del hogar. El área de limitación física se refiere a cuán limitada se encuentra una persona para realizar sus actividades usuales como resultado de una condición o impedimento. El grupo de personas de 17 a 64 años es el único cuyas actividades usuales están divididas por género.

La información relacionada a la posición actual de las personas de 17 años o más de edad con relación al trabajo durante el periodo de referencia de las últimas cuatro semanas, se agrupa en el área de empleo y trabajo. En caso de la persona haber estado empleada en algún momento durante el último año, se recopila información sobre ocupación, industria e ingreso. En la codificación de ocupación e industria se utiliza el Índice Alfabético de Ocupaciones e Industria según el Censo de 1990.

En este estudio la salud mental es un cernimiento el cual aplica si la persona entrevistada a recibido algún tipo de servicio. En esta sección, si la persona ha recibido servicio se recopila información sobre lugar, tipo, frecuencia, razón, proveedor y grado de satisfacción con el servicio recibido. Además, se mide si se ha recibido algún tipo de servicio preventivo de salud.

El área de lactancia materna es otro cernimiento, el cual solo se completaba si era una mujer entre 18 a 50 años que estuviera presente al momento de la entrevista. En esta sección, si la mujer ha tenido algún hijo nacido vivo durante el último año se recogía información sobre si lo lactó o no. En caso de haber lactado se pregunta la edad del infante al momento de terminar el proceso de lactancia y las razones para dejar de hacerlo. Si la mujer nunca lactó se le pregunta cuales fueron las razones para no hacerlo.

e-Métodos para la recopilación de datos

1-Infraestructura del proyecto

El Proyecto Colaborativo está constituido por un Investigador Principal y un Comité Consultivo de Facultad compuesto por diez profesores de la Escuela Graduada de Salud Pública. A Nivel Central hay un Coordinador General quien supervisa a seis Coordinadores Regionales, quienes a su vez supervisan a los entrevistadores en la labor de campo. Además existe un componente de Análisis, Muestreo, Procesamiento de Datos, Asistentes de Investigación y Personal Administrativo. La mayoría de los componentes del Proyecto Colaborativo son egresados de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. El contar con un equipo multidisciplinario como éste contribuye a tener una visión más amplia de la aplicabilidad de los resultados obtenidos.

2-Proceso de Entrevista

Una vez identificada y asignada la vivienda al entrevistador según la sub-muestra correspondiente, se lleva a cabo la recopilación de los datos. Es responsabilidad del entrevistador visitar la vivienda seleccionada e identificar a un adulto de 18 años o más mentalmente capacitado para contestar la entrevista en su totalidad para él y cada uno de los miembros regulares de la unidad. Por lo tanto, la información recogida en esta entrevista es auto-reportada. Sólo se entrevista a menores de edad cuando han sido emancipados por ley o por matrimonio. En aquellos casos donde residan en la misma unidad encuestada adultos no relacionados por sangre, matrimonio o adopción con algún miembro de la familia, éstas personas contestarán todas las preguntas que le apliquen

personalmente. Si en un hogar vive una persona sola y no está capacitada para contestar, se entrevista a su tutor legal o persona encargada de su cuidado.

Las únicas personas excluidas de las entrevistas son aquellas que tienen residencia en otro lugar al momento de la entrevista ya sea por motivos de trabajo, estudio u otra razón. A éstas personas se les define como miembros condicionados.

3-Control de Calidad

Como Control de Calidad, a Nivel Central se realiza un listado de todas las entrevistas completadas y se hace un muestreo por entrevistador. A los Coordinadores Regionales se les entrega un listado de todas las viviendas donde se realizará el Control de Calidad. Estos visitan los hogares seleccionados con unas preguntas guías, las cuales contesta un adulto de 18 años o más, preferiblemente el informante de la entrevista y luego se rende un informe a Nivel Central.

Además de esto, a Nivel Central se utiliza otra sub-muestra de entrevistas completadas para realizar un segundo Control de Calidad por teléfono.

III Hallazgos Significativos

A continuación se presentan los hallazgos mas significativos en las áreas de morbilidad, utilización de servicios de salud, incapacidad funcional, actividad física y obesidad. Los mismos serán presentados para la población en general y por tipo de seguro de salud que éstos posean.

a. Morbilidad

Al año 2003 las condiciones mas prevalentes en la población en general en Puerto Rico son: hipertensión, asma, diabetes, artritis y sinusitis con tasas de 14.8, 12.2, 7.7 y 7.3 por cada 100 habitantes respectivamente. La región de salud con la más alta prevalencia de hipertensión fue la Metropolitana (16.13) seguida por la región de Mayagüez con 15.86 por cada 100 habitantes. La **región** de Bayamón tiene la prevalencia más alta de asma con una tasa de 14.45 por cada 100. La región de Mayagüez tiene la prevalencia más alta de Diabetes con una prevalencia de 9.30 por cada 100. Los **municipios** con las tasas crudas(por cada cien personas) más altas en las primeras tres condiciones son:

- Hipertensión : Vieques (22.13), Rincón)20.59), Luquillo (19.87)
- Asma: Morovis (17.87), Manatí (17.12, Loíza (17.0)
- Diabetes: Yauco)11.84), Guánica (11.48), Hormigueros (11.47)

Cuando se analiza por seguro de salud la condición más **prevalente en los asegurados con el Plan del Gobierno es el asma con una tasa de 14.65 por cada 100,** seguida por la hipertensión con una tasa de 10.32 por cada 100. En los asegurados con planes privados la condición más prevalente es la hipertensión con una tasa de 20.47 seguido por el asma con 10.77 por cada 100. La tasa cruda de hipertensión en la población asegurada con planes privados es 98% mayor que la de la población con plan del gobierno ($p<0.001$). Como las poblaciones con planes privados y del gobierno tiene distinta distribución etárea ajustamos las tasas por edad mediante el método directo. Las tasas ajustadas de los participantes del **plan del gobierno** son mayores para las principales condiciones de salud comparadas con los participantes de planes privados. **La hipertensión es 5% mayor ($p<0.01$), el asma 78% mayor ($p<0.001$) y la diabetes 8% mayor ($p<0.01$) en los participantes del plan del gobierno que en los de planes privados ajustados por edad.**

Al analizar los condiciones por sistemas, se encontró que en la Isla en general la prevalencia de condiciones respiratorias ocupaba el primer lugar con una tasa de 26.1 por cada 100 habitantes. Esto representa que 1 de cada 4 puertorriqueños padece de alguna condición del sistema respiratorio. En segundo lugar, en magnitud, se encontraban las condiciones del sistema circulatorio con una tasa de 19.6 por cada 100 personas. Esto implica que aproximadamente 1 de cada 5 personas padecen de alguna condición de este sistema. Cuando se analiza por tipo de plan médico se encontró que en los participantes de planes privados el sistema que ocupó la primera posición en términos de personas afectadas con condiciones asociadas el mismo fue el circulatorio con una prevalencia de 26.26 seguido por el sistema respiratorio con una prevalencia estimada de 26.14. En los participantes del **plan del gobierno la prevalencia mayor** se encontró en los padecimientos del **sistema respiratorio, con una prevalencia de 27.57** por cada 100 personas, que representa es **5% mayor** que en los participantes de planes privados. Cuando ajustamos por edad se obtiene una tasa asociada a condiciones del

sistema respiratorio de 24.15 por cada 100 personas lo que representa una tasa 7.6% menor que la de los asegurados con planes privados. También ajustando por edad la prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio fue de 26.08 en los del plan del gobierno mientras los de los planes privados presentaban una prevalencia de 26.26 por cada 100 personas.

b. Utilización de Servicios de Salud.

El primer indicador de utilización de los servicios de salud explorado, es la visita al médico en las cuatro semanas previas a la fecha de entrevista. En la población general de la Isla se encontró que en el 2003 el 31.12 % de las personas visitaron al médico en el último mes. Esto significa que más de un 68 % no visitaron al médico en ese periodo de tiempo. Cuando los analizamos por tipo de plan médico se encontró que la proporción de personas que **visitaron al médico** entre los **participantes de planes privados (36.95%)** fue un **28 % mayor que la proporción en los participantes del plan del gobierno (28.85%).** Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.001$). En términos del **promedio de visitas anuales** al médico se encontró que la población con **plan privado realiza un 6.16 vistas** comparada con **un 4.57 que es el promedio de vistas de los participantes del plan del gobierno.** El promedio de **visitas anuales** de los participantes de **plan privado es 35 % mayor** que el de los participantes del plan del gobierno ($p<0.001$).

El segundo indicador son las **visitas al dentista**. En la población en general el 9.89 % de las personas visitaron al dentista en el último mes. Cuando se estratifica por tipo de plan médico se encontró que el 10.82 por ciento los participantes de planes privado visitó al dentista en el último mes comparado con un 10.05 por ciento de los del plan del gobierno. El por ciento en la población general es más bajo en la población general que en la de los asegurados por el efecto de la población no asegurada donde solo el 3.99 por ciento de éstos visitó al dentista. En cuanto al **promedio anual de visitas al dentista en los participantes de planes privados fue de 1.47 siendo un 6.5% mayor** que en los del plan del gobierno que fue1.38.vistas al año ($p<0.001$).

El tercer indicador de **utilización de los servicios de salud** fueron las hospitalizaciones. Durante el último año un 7.08 por ciento de la población fueron hospitalizadas. Al analizar por tipo de plan los participantes de plan privados tuvieron

proporción mayor de hospitalizaciones (7.95) que los del plan del gobierno (7.11) en un 12 por cientos. El **promedio de hospitalizaciones fue también mayor entre los planes privados (0.10) en un 11% en comparación con los del plan del gobierno (0.09) Esta diferencia fue estadísticamente significativa (p <0.001).**

c. Limitación Funcional de Actividad

Este indicador se refiere a la limitación que tenga una persona para realizar sus actividades usuales como resultado de una condición crónica. Los criterios para las actividades usuales utilizan distintos parámetros, dependiendo del grupo de edad en el que se encuentre la persona. El por ciento de la población general con limitaciones serias, incapacidad para realizar desde su actividad principal hasta desempeñar su cuido personal diario fue de 10.25%. Cuando se analiza este **grado de limitación funcional** por tipo de plan se observa que la población con **planes privados** tienen una **proporción mayor (12.18%)** en un 29.9% que los participantes del plan del gobierno (9.45%). Esta diferencia es estadísticamente significativa (p<0.001)

d. Actividad Física

Este indicador evalúa la proporción de la población que mantiene algún tipo de ejercicio. En la población general se encontró que sólo un 13.37% indicó practicar algún ejercicio con alguna frecuencia. Esto implica que más del 86% de la población se mantiene sedentaria. Cuando analizamos las actividad física por tipo de seguro que poseen las personas se encontró que aproximadamente el **17 % de los que poseen planes privados mantienen algún régimen de ejercicio comparado con un 9.51% de los participantes del plan del gobierno, esta diferencia es estadísticamente significativa (p<0.001)**. En términos de población sedentaria se encontró un 90.49% en los participantes del plan gobierno comparado con un 83.08 en los asegurados con planes privados.

e. Obesidad

La obesidad ha sido catalogada como la epidemia del siglo 21. Está asociada a múltiples condiciones de morbilidad y mortalidad a la vez que puede afectar la calidad de vida. En la población general se encontró una proporción de obesos (IMC > 30) de un 39.3% La proporción de **personas obesas es 24 % mayor en la población con planes privados (45.65%)** comparado con la población del plan del gobierno (36.92%)

siendo ésta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Cuando se analiza los diferenciales en la prevalencia de condiciones de salud por sistemas se encontró que la prevalencia es mayor entre los obesos en las enfermedades relacionadas a los sistemas circulatorio, endocrino , nutricional y metabólico y el de los impedimentos, defectos y deformidades en un 48.0, 41.0, y 33.0 por cientos respectivamente.

f. Percepción de su salud

La **autopercepción de la salud** ha sido reconocida por la OPS como un indicador de bienestar y salud de la población. En la población general se encontró una proporción de 39.2 % de la población que describió su salud como excelente o muy buena. Cuando se evalúa por tipo de plan se encontró que un **38.57% de la población con plan privado** y un **38.15** de los asegurados con el **plan del gobierno** describieron su de esta misma forma ($p=0.38$) no siendo significativamente diferentes.

g. Consumo de Tabaco y Alcohol

En la población general mayor de 17 años un 27.89 por ciento indicó haber fumado alguna vez en su vida. Un 38.23 por ciento de los varones y un 18.77 por ciento de las féminas en este grupo etáreo indicaron haber fumado alguna vez en su vida. Se estima que en el año 2003 un 15.51 por ciento de la población de 17 años o más fumaba. Cuando se analiza por tipo de plan médico se encuentra que un **29.5 por ciento** de los asegurados con el **plan del gobierno fumaban** comparado con un **25.70 por ciento** de los asegurados con **planes privados**. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.001$). De los fumadores activos participantes del plan del gobierno el 53.3 por ciento tiene intenciones de dejar de fumar comparado con un 57.68 por ciento de lo asegurados con planes privados ($p<0.01$).

En cuanto al **consumo de alcohol** en la población de 17 años o más se encontró que en los asegurados con el **plan del gobierno un 15.12 por ciento** ha tomado 5 tragos o más en un día durante los últimos seis meses comparado con un **12.84 por ciento en los de planes privados**. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.001$).

Análisis excluyendo la población asegurada con Medicare

Morbilidad

Las tasas de **prevalencia** de las primeras condiciones de salud ajustada por edad son **significativamente mayores** en los asegurados con el **plan del gobierno** comparado con los asegurados con planes privados: **hipertensión** 21.43% vs 12.19; **asma** 23.48% vs. 11.07% ; **diabetes** 11.10% vs. 5.34%. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (p< 0.001).

Obesidad

La proporción de **obesos en los asegurados con planes privados (41.47)** es significativamente mayor que los asegurados con el plan del gobierno, (35.39) p<0.001.

Promedio de Hospitalizaciones anuales

EL promedio de **hospitalizaciones anuales** por participante es significativamente mayor entre los **asegurados con el plan del gobierno** (0.09) que en los asegurados con planes privados (0.06), p< 0.01.

Promedio de visitas anuales al médico

El promedio de visitas anuales al médico por participante en la población asegurada con el **plan del gobierno (4.57) es significativamente mayor** que en la población con plan privado (3.64), p<0.01.

Limitación Funcional de actividad

La proporción de población asegurada con el **plan del gobierno** con limitaciones para desde realizar su actividad principal hasta desempeñar su cuido personal diario **(9.45%) es significativamente mayor** que la proporción en los asegurados con planes privados (3.87), p<0.001.

ANÁLISIS DEL PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD

Análisis del Sistema de Salud Física

La Organización Mundial de la Salud en el año 2003, estipula como funciones vitales de los sistemas de salud la presencia de los siguientes elementos: Rol rector del Departamento de Salud; Financiamiento a base de recaudación y asignación de recursos; Creación de recursos por medio de inversiones en infraestructura, personal y capacitación; Servicios de Salud personales y no personales[6]. Entre otros, la conducción de política pública general de salud y la articulación de las funciones esenciales de la salud pública, la regulación y

[6] Propuesta preliminar de la Comision Evaluadora de Salud (2005)

evaluación del sector, la orientación, la modulación del financiamiento y la armonización y mejoramiento contínuo de los servicios de salud.

El sector salud se define como un sistema integrado con capacidad de respuesta dinámica y continua, que esta compuesto por entidades públicas, privadas y comunitarias con el fin de procurar un estado óptimo de salud y equidad en la población. [7] Este sector agrupa actividades de prevención, protección, promoción y prestación de servicios dirigidas a satisfacer las necesidades de salud de la población mediante el desarrollo de profesionales, el financiamiento, planificación, evaluación y la formulación de política pública.

A modo de hacer una breve representación de la evolución del sistema de salud en Puerto Rico, se presenta a continuación un desglose sin que se pretenda agotar e incluir cada uno de los eventos determinantes:

Fase	**Inicio**	**Final**	**Eventos Simbólicos**	**Movimientos sociales y Momentos del Proceso**
Formulación	1912	1952	Se establece el Departamento de Salud y la organización de políticas de atención primaria	Economía limitada, guerras, era de depresión
Centralización	1950	1970	Se inician programas y servicios dirigidos a mejorar la salud de la población y a combatir las enfermedades parasitarias e infecciosas.	Movimiento económico manos a la obra, adopción de la Constitución del E.L.A.
Descentralización	1970	1990	Se promulga y adopta el plan de regionalización de servicios de salud, dividiendo la isla en regiones geográficas, para acordar el acceso a los servicios de salud según la complejidad del servicio mismo. Se establecen cuatro niveles de prestación de servicios: primario, secundario, terciario y supra terciario.	Crecimiento económico sostenido, aumento ingreso per capita, mayor acceso a servicios
Privatización	1993	2000	Se inicia la reforma de salud con la privatización de los	Se inician los movimientos de

[7] Definicion del Analisis Multisectorial del Sector Salud (2005)

Fase	Inicio	Final	Eventos Simbólicos	Movimientos sociales y Momentos del Proceso
			servicios, la venta de las facilidades gubernamentales. Se amplia el nivel de pobreza ampliando los criterios de elegibilidad cubriendo 50% de la población en el plan de salud del estado	reforma de salud en los Estados Unidos y cobra auge en Puerto Rico el sistema de cuidado coordinado
Integración	2001	Presente	Se establecen nuevos acuerdos financieros y medidas de ejecutoria; contratando servicios de administración de salud mental y farmacia fuera de los acuerdos con las aseguradoras	La prestación de servicios de salud gira para atender más la medicina poblacional que la tradicional medicina curativa

La Ley 11 del 23 de junio del 1976, “Comprehensive Health Care Reform Law” o Ley de Reforma Integral de Servicios de Salud, propone un sistema de salud que vela por que se preste y provean los servicios de la más alta calidad a los habitantes de la isla, sin que medie consideración de su capacidad de pago. El alcance de esta ley llega a: orientación a la atención primaria; garantía de acceso a los servicios de salud y flexibilidad administrativa.[8] Esta ley afirma el rol rector del Departamento de Salud sobre todas la actividades dirigidas a la prestación de servicios.

Hasta el año 1993, esencialmente, el Sistema de Salud de Puerto Rico activamente perseguía el cumplimiento con esta ley y se enmarcaba dentro de las propuestas de regionalización de servicios a la población por área geográfica. A continuación se detallan los elementos fundamentales del sistema regionalizado de prestación de servicios:

1. Las regiones se crean a base de nódulos o núcleos. Éstos organizan el sistema por componentes, o elementos; diferenciados funcionalmente y por niveles de servicios, a base del análisis epidemiológico de cada área geográfica.
2. Interdependencia y múltiples relaciones entre los componentes.
3. Autosuficiencia de la región en el desarrollo de una amplia variedad de servicios.
4. Autonomía y responsabilidad operacional y presupuestaria con un sistema de evaluación para rendición de cuentas a todos los niveles.
5. Jerarquía de servicios de acuerdo al tamaño de la población y al volumen de utilización de servicios.
6. La eficiencia aumenta por la división y delegación de responsabilidades y autonomía presupuestaria.
7. Acceso equitativo a servicios de salud independientemente de la condición socioeconómica, edad, sexo, raza o creencias religiosas o políticas.[9]

El sistema de regionalización tuvo como fortalezas, las siguientes:

1. Se delimitaron regiones de salud a base de criterios epidemiológicos.
2. Se estableció la infraestructura física y programática para establecer la jerarquía de servicios por niveles, a base de grados de complejidad de las condiciones.
3. Se integraron los servicios de prevención primaria y secundaria en la prestación de servicios médicos
4. Se definió el proceso para facilitar el acceso a los servicios de salud.

Entre otras debilidades del modelo de regionalización, podemos enumerar las siguientes:

---

[8] Ley 11 del 23 de junio de 1976
[9] Propuesta preliminar de la Comisión Evaluadora (5/7/2005).

1. Se manifestó ausencia de la delegación necesaria de autoridad, responsabilidad y presupuesto a nivel regional y local.
2. Se redujo la calidad de servicios en los niveles primarios por limitaciones en autonomía administrativa y fiscal.
3. Problemas en el referido y flujo de pacientes entre niveles de servicios.
4. Limitada participación de una comunidad organizada.
5. Indebida interferencia de elementos político partidistas a nivel estatal, legislativo y municipal.
6. Carencia de un sistema de información ágil y confiable para la evaluación del desempeño.

Además de la estructura de regionalización, el sistema de salud cuenta con los planes de servicios relacionados con accidentes automovilísticos y condiciones laborales conocidas como Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles y la Corporación del Fondo del Seguro del Estado. Estos son dos sistemas donde el gobierno actúa como pagador único, a través de corporaciones quasi-públicas dirigidas por Juntas de Directores y administradas por empleados gubernamentales.

En términos generales, para este periodo de tiempo, el sistema de salud se caracteriza por:

1. Aseguradoras que pagan a proveedores a base de tarifas por servicios rendidos.
2. Incentivos financieros a proveedores e instituciones están alineados a la obligación profesional de ofrecer el mejor cuidado de salud.
3. Libre selección de proveedores primarios, especialistas, laboratorios, farmacias, hospitales y otros servicios de salud.
4. Pago de deducibles y coaseguros para el control de utilización de servicios y de costos.
5. Percepción de mayor calidad de servicio que en otros modelos de servicios de salud.
6. Pocas limitaciones para accesar servicios de salud personal.
7. Variedad de tipos de cubiertas y costos, dependiendo de la fuente de pago: empresas, pago directo o medicare, entre otros.
8. El Gobierno crea seguros de salud para accidentados de automóviles (ACAA) y accidentes del trabajo (CFSE).

Este sistema presenta las siguientes fortalezas y debilidades de los planes de seguros de salud de Puerto Rico.

Fortalezas

1. Libre selección de proveedores e instalaciones de servicios de salud.
2. El seguro de salud se convierte en instrumento para dar acceso a servicios.
3. Diversidad de mecanismos de financiamiento: Medicare, empresas privadas, agencias de gobierno y pago directo.
4. Creación de protocolos clínicos para el manejo de enfermedades crónicas.

Debilidades

1. Incremento en costos de servicios e inequidad en cubiertas.
2. Ineficiencia, complejidad y burocracia en procesos administrativos.
3. Se crea bolsillos de personas no aseguradas a través de estos planes ni en el Plan de Seguro del Gobierno.
4. No se provee servicios de alta calidad de forma consitente ni a todas las personas.
5. Aumento en restricciones a servicios de alta tecnología, y múltiples deducibles y copagos.
6. Genera competencia incorrecta entre aseguradoras, hospitales y gobierno; que no añade valor al paciente.
7. Crea costos innecesarios al intercambiar costos entre aseguradoras, pacientes, e instalaciones de salud.
8. No existe sistema de evaluación en torno a la eficiencia y efectividad del Sistema.
9. No fomenta la prevención primaria y secundaria de forma continua, uniforme y sistemática.

A partir del año 1993, con el advenimiento del Plan de Salud del ELA, el gobierno estableció nuevos mecanismos y supuestos que cambian significativamente la prestación de servicios de salud. Este proceso fue reglamentado por la Ley 72 del 1993, conocida como la “Ley de Reforma de Salud”, cuya intención legislativa fue establecer una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico a través de la cual se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

El Gobierno del ELA creó entonces, un Plan de Salud para personas médico indigentes a través de la Administración de Seguros de Salud (ASES), con el propósito de lograr mayor eficiencia, mejor calidad y reducción en los costos de servicios de salud con la responsabilidad de implantar, administrar y negociar mediante contratos con aseguradoras un sistema de seguros de salud que le brinde a todos los residentes de la isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

Posteriormente, la Ley 190 del 5 de septiembre del 1996, conocida como "Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de las instalaciones de salud gubernamentales" estableció un marco legal autorizando el Secretario de Salud a proceder con el arrendamiento, sub-arrendamiento, venta, cesión o establecer cualquier otro modelo de contratación con relación a aquellas instalaciones de salud gubernamentales en Puerto Rico. Esta ley dio paso al inicio de un proceso de venta y arrendamiento de las facilidades gubernamentales en toda la Isla. Aunque esta ley estipula que las facilidades gubernamentales, siendo estos los Centros de Diagnostico y Tratamiento y los Hospitales, una vez pasaran a manos privadas debían continuar ofreciendo servicios similares lo cierto es que sus operaciones evolucionaron para servir a las necesidades de los nuevos dueños. Como consecuencia directa de esta ley, el gobierno de Puerto Rico pierde gran parte de sus facilidades, desmontando el andamiaje de lo que fuera el sistema de salud pública regionalizado que fuera modelo de avanzada para otros países.

Esta decisión transformó el rol del Departamento de Salud, hacia uno de comprador de servicios de salud, en lugar de proveedor de los mismos. El nuevo modelo del sistema de salud se caracterizó por los siguientes elementos:

1. Redes de proveedores primarios organizados como puerta de entrada al sistema de salud.
2. Control de acceso mediante preautorizaciones a especialistas, a pruebas y a procedimientos de alta tecnología.
3. Incentivos financieros a proveedores primarios a base de tarifa de servicios por persona; con riesgo por utilización de servicios al proveedor primario.
4. Creación de altas expectativas en los consumidores, por cubierta amplia de servicios.

El sistema de cuidado dirigido establecido permite un acceso mayor y real a los servicios de salud que necesitan los beneficiarios médico-indigentes cuando se compara con el sistema previo. Especialmente se nota en las áreas de servicios de salud oral, salud primaria, incluyendo servicios diagnósticos y salas de emergencia.

Fortalezas del Sistema de Cuidado Dirigido

1. Se amplia el criterio de elegibilidad de un 100% a 200% para permitir que casi el 50% de la población fuera tarjeta habiente de servicios de salud
2. Se reducen los costos a nivel primarios mediante acuerdos de pago per cápita
3. Se establece una cubierta y servicios de salud oral amplia; a base de pago por servicios al proveedor

4. Se permite mayor acceso de la población a los servicios hospitalarios, diagnósticos y de salud mental

Debilidades del Sistema de Cuidado Dirigido

1. Se crea inequidad en el servicio al asignar riesgos a los médicos primarios, debido a posibilidad de racionamiento de servicios
2. Se limita el libre acceso a ciertos servicios como son medicamentos y servicios médicos especializados (lo que se considera racionamiento de servicios)
3. Se aumenta de forma desproporcionada el numero de personas no poseen seguro medico y que acude a facilidades privadas, dado que las gubernamentales han menguado o desaparecido
4. Se crean grupos de personas elegibles, no aseguradas; y personas no elegibles al plan de salud que a su vez no tienen los recursos necesarios para pagar por su plan medico
5. Se crean deudas significativas para los proveedores médicos, de servicios hospitalarios y de emergencia debido a personas que accesan el sistema de servicios sin tener seguro de salud
6. Se erosiona la confianza entre médicos y pacientes debido a incentivos del pago per capital
7. Se afectaron los programas de prevención primaria y secundaria, de forma continua, uniforme y sistemática.
8. Se afectaron los indicadores de calidad de servicio manifestado por los índices de vacunación en la población pediátrica y el aumento de partos por cesáreas
9. Existe la percepción entre los beneficiarios de que se ha experimentado un deterioro en sus condiciones de salud debido la dificultad para accesar servicios de salud mental, accesar ciertos medicamentos de necesidad para controlar condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y asma y los servicios de transportación terrestre. [10]

Recomendaciones

El sistema actual de servicios deberá ser redirigido con el propósito de que pivotee sobre las necesidades de la población y no sobre intereses particulares de servicio a grupos con grandes intereses. En este sentido acogemos y hacemos nuestra parte de las recomendaciones propuestas por el Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico en su ponencia ante esta Comisión, y que exponemos a continuación.

Valores que Regirán Nuestro Nuevo Sistema de Salud

[10] Hallazgos de las vistas celebradas por la Comision de Salud, Ponencias Escritas y Grabaciones (2005)

Nuestro sistema de salud debe ser de enfoque salubrista y basarse en los siguientes valores que en el Colegio llamamos las siete virtudes de un sistema de salud justo y efectivo:

Equidad-	En Puerto Rico los servicios de salud de excelencia serán un derecho humano, independiente de la capacidad económica, origen, creencias, sexo, orientación sexual o condición social.
Dignidad humana-	La compasión y calidad humana son elementos indispensables. La dignidad se reconocerá tanto para los que reciben los servicios como para todos los profesionales que los prestan.
Acceso para todos-	Garantizará la disponibilidad de servicios de salud básicos, primarios y medicamentos en un punto cercano a donde existe la necesidad y a servicios especializados sin restricciones cuando son necesarios.
Sincronización-	Fomentará la coordinación entre las instituciones públicas y privadas y entre los diversos profesionales del equipo de salud para garantizar un sistema de salud integrado. Para lograrlo es esencial definir y precisar las funciones de los diversos componentes del sistema.
Justicia-	Los ciudadanos tendrán derecho a servicios de salud de excelencia los cuales se regirán por criterios de necesidad y principios éticos y buena práctica profesional. Se garantizarán condiciones apropiadas de trabajo, seguridad y compensación justa a los profesionales de la salud de acuerdo a su preparación, experiencia y riesgo.
Sustentabilidad-	Requerirá la preservación de los recursos humanos, económicos y ambientales, así como fomentará su desarrollo y crecimiento.
Patrimonio-	Nuestro sistema de salud será un patrimonio protegido y asegurado para las generaciones presentes y futuras, resguardado de los vaivenes partidistas.

El Comité entiende que los valores anteriormente establecidos están de acuerdo con la política pública establecida en Puerto Rico para nuestro Sistema de Salud que ha sido esbozada en las leyes ya mencionadas, específicamente en la ley 11 de 23 de junio de 1976.

El Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico además hace referencia a una evaluación realizada por esa entidad sobre los mejores sistemas de salud del mundo que esta a tono significativamente con los hallazgos de nuestro sub-comité de análisis de modelos de sistemas de salud alternos, identificando unos denominadores comunes de los sistemas más exitosos. Los mismos se exponen a continuación:

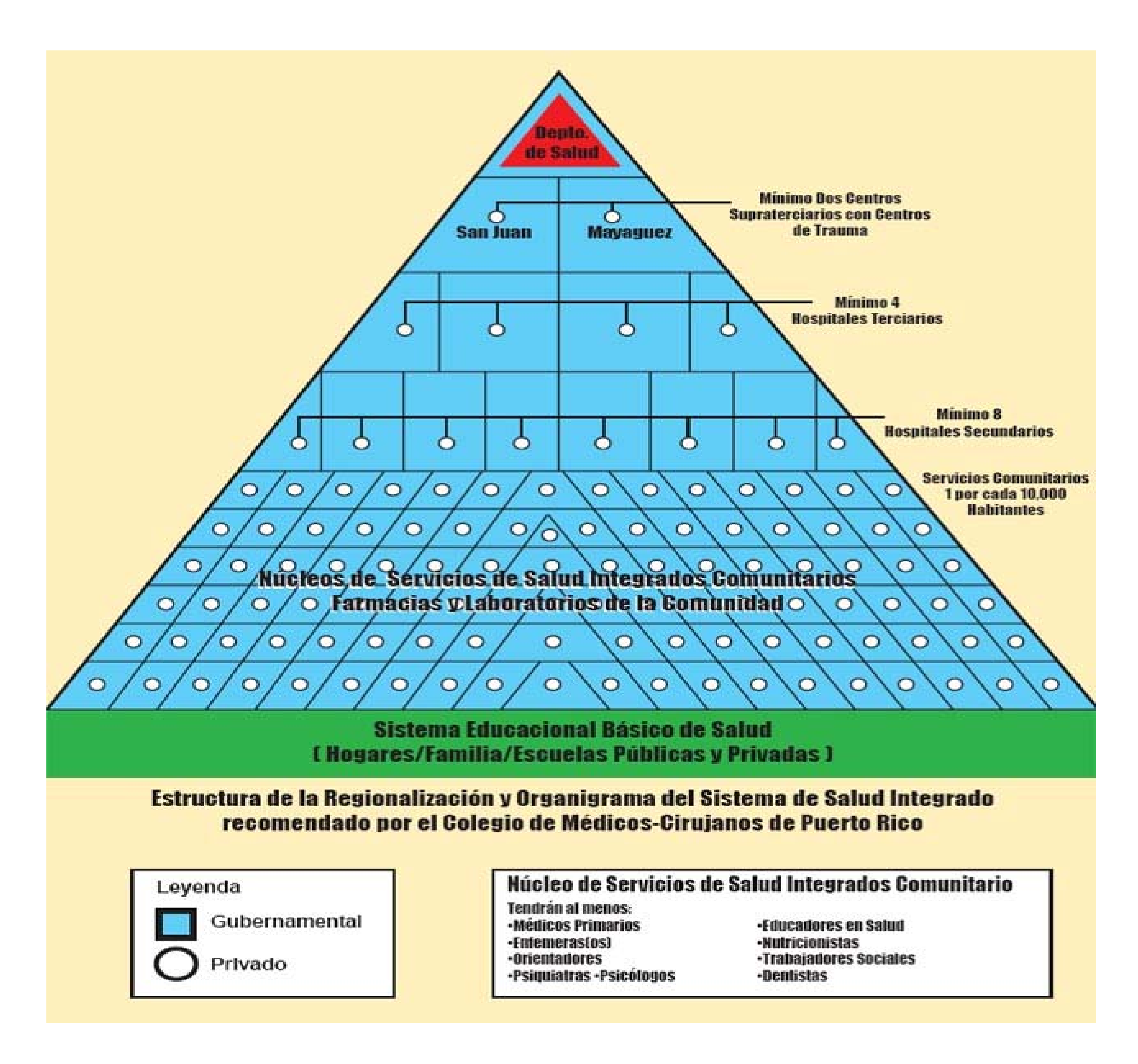
- El estado es el planificador, fiscalizador y regulador del Sistema de Salud al que financia total o parcialmente.
- El estado garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud de calidad independientemente del poder adquisitivo particular.
- Ninguno de estos sistemas basa su modelo de pago por servicios en la capitación con riesgo que pudiera presentar dilemas éticos. Aunque algunos utilizan un modelo de capitación, este pago es por el cuidado médico sin que el proveedor asuma el riesgo del costo de medicamentos, laboratorios, hospitalizaciones, entre otros. Es decir, el médico o proveedor se compensa por el trabajo que realiza por su profesión.
- Se establecen niveles de cuidado y se asegura una distribución regionalizada de las facilidades medico-hospitalarias y de los profesionales de salud disponibles para brindar servicios.

El Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico propone un sistema de salud que integra los sectores públicos y privados, respondiendo a las necesidades de las distintas comunidades y regiones de Puerto Rico. En este nuevo modelo, el Estado a través de su Departamento de Salud planificará, evaluará y financiará parcialmente los servicios. Será también responsabilidad del Estado garantizar que los valores fundamentales en los que se basa el sistema se reflejen en las acciones, directrices y leyes que lo regirán, con el fin de asegurar la equidad, dignidad humana, el acceso a servicios y medicamentos para todos.

La posición del Colegio organiza el sistema en regiones de salud y en cinco niveles de cuidado. Incluyendo:

- Servicios básicos de educación en salud comenzando en las escuelas.
- Servicios de salud primarios, secundarios, terciarios y supraterciarios, incluyendo dos centros de traumas.
- Distribución de los recursos basado en la necesidad y conveniencia.
- La base del sistema de salud serán los núcleos comunitarios de servicios de salud integrados.
- Se asegurará libre acceso de médicos, hospitales, dentistas, otros profesionales de la salud, servicios ancilares y libre selección de seguro médico.

- El modelo de pago a los proveedores por sus servicios será preferiblemente *fee-for-service*.
- El Colegio propone que el costo al usuario sea mediante una aportación categorizada que asegure el acceso a servicios de salud y medicamentos para todos.
- Para reducir el costo de los medicamentos se favorecerá la compra por volumen y la distribución de las medicinas a través de las farmacias de la comunidad.
- El Estado financiará aquellos servicios que el sector privado no este interesado o deba ofrecer.



Sector público

En la actualidad predominan los sistemas mixtos o híbridos, con mayor o menor grado de intervención del Gobierno y diferentes niveles de desarrollo de la participación de la empresa privada y las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de salud mental. Se trata, esencialmente, de mercados planificados indicativamente, en los cuales el gobierno retiene algún grado de participación en la provisión de servicios, particularmente a la población indigente, y regula y supervisa la calidad de los servicios del sector privado. El papel del estado, en sistemas mixtos, es supervisar la calidad total de los servicios en dimensiones en que los cálculos de costo-beneficio no sean atractivos para la empresa privada, pero que constituyan prioridades sociales en las cuales el estado toma en cuenta los beneficios sociales ampliados en comparación con los costos de operación vigentes. [11] El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico acoge entre sus beneficiarios al 40% de la población[12].

El modelo de cuidado dirigido es el utilizado bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. El "cuidado dirigido" es la integración de la prestación del servicio clínico y el riesgo financiero en un producto único, generalmente asociado a una empresa aseguradora que asume la responsabilidad por la totalidad del cuidado de una población de pacientes contratada y conocida.[13]

Sector gubernamental

En el sector gubernamental, existen servicios de salud mental que se traslapan a través de agencias como el Fondo del Seguro del Estado, la Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles, el Seguro Choferil, y la Reforma de Salud. Los servicios clínicos de salud mental se ofrecen en las propias oficinas de las agencias, por profesionales contratados por éstas en las diferentes áreas geográficas a través de la isla; aunque también se pueden ofrecer los servicios en las oficinas privadas de los profesionales contratados. El esquema de servicios bajo estas agencias es compatible con el modelo "PCP" ("primary care provider") de cuidado dirigido: el paciente acude al, o los, profesional(es) previamente determinados, por la agencia.

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, por otra parte, ofrece servicios de salud mental a las personas de cualquier parte de la isla que carecen de recursos económicos y que tampoco cualifican para suscribirse al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

---

[11] Informe del Grupo de Trabajo sobre Política Pública en Relación a Sistema de Cuidado de Salud Mental, ASSMCA, p. 39
[12] Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, 2004, Departamento de Salud, p. 80
[13] Informe del Dr. Roberto Ramírez, Escuela de Administración Pública de Salud, RCM, 1998.

Sector privado

El sector privado de seguros de salud atiende al 32% de la población que participa en un plan de salud a través de su empleo, o que se suscribe individualmente bajo contratos directos con las aseguradoras.

Estructuras de Financiamiento

En Puerto Rico opera una variedad de escenarios bajo los que se articula el acceso a los servicios de salud. Los costos y los resultados de utilización estarán determinados por las condiciones de salud de la población, los beneficios cubiertos, y el modelo de acceso.

Para facilitar la conceptualización de las estructuras de financiamiento, a continuación se ofrece un bosquejo:[14]

- Aseguradoras
    1. Seguros públicos (empleados públicos)
    2. Plan de Salud del Gobierno de PR
    3. Pólizas de salud privadas (comerciales)
    4. Medicare – Medigap

- Organizaciones de Cuidado de Salud ("Health Care Plans")
    1. Seguros públicos (empleados públicos)
    2. Plan de Salud del Gobierno de PR
    3. Pólizas de salud privadas (comerciales)

- MBHOs (organizaciones de servicios de salud mental)
    1. Plan de Salud del Gobierno de PR
    2. Pólizas de salud privadas (comerciales)

- Asociación de Maestros
    1. Seguros públicos (empleados públicos)

- Sociedad Española del Auxilio Mutuo
    1. Socios privados

- TPAs "Third Party administrador" (Servicios administrativos solamente)
    1. Plan de Salud del Gobierno de PR – Proyecto Demostrativo de Contratación Directa
    2. Pólizas de salud privadas
    3. Medicare
    4. Veteranos

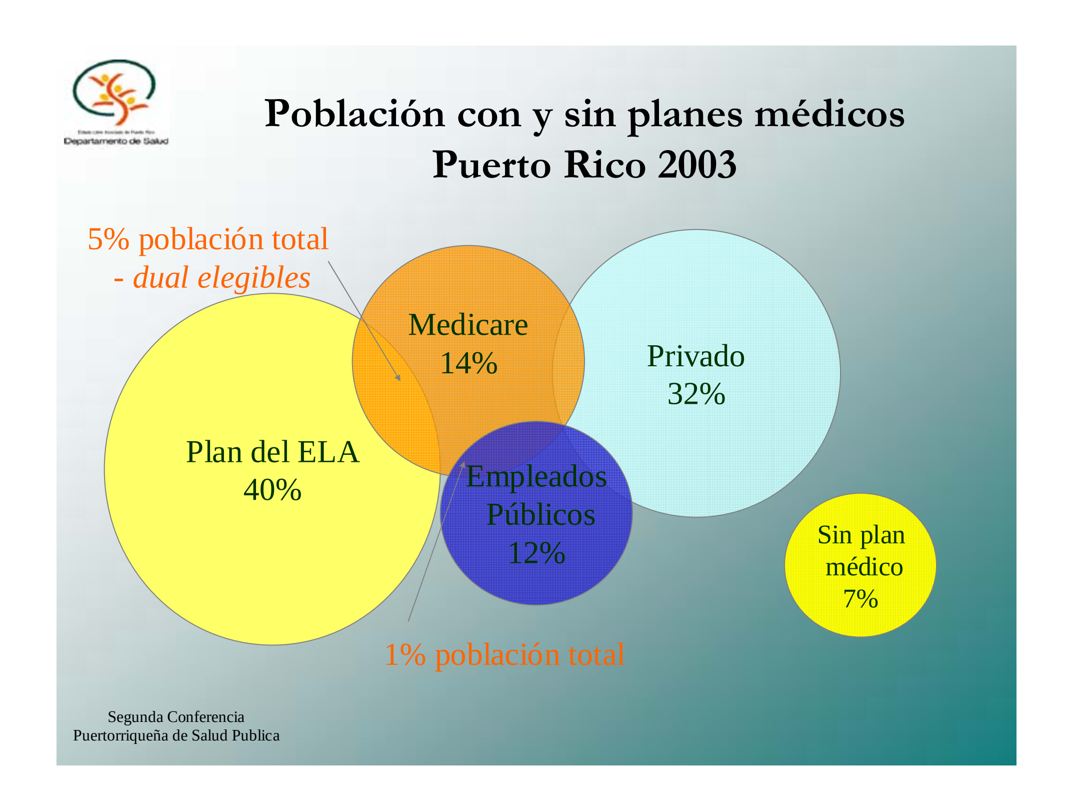
[14] 2da Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública – Utilización y Costos en los Planes Médicos en Puerto Rico, 2004, Departamento de Salud, p. 5

- Otros Aseguradores
    1. Fondo del Seguro del Estado
    2. Administración de Compensación por Accidentes Automovilísticos

El financiamiento del Plan de Seguros del Gobierno se sufraga de la siguiente manera:

a) Resolución Conjunta del Presupuesto General de Gastos del Gobierno del ELA
b) Asignación presupuestaria de los gobiernos municipales. El Centro de Recaudaciones de Ingresos municipales (CRIM), retendrá dicha cantidad de los fondos ordinarios pendiente de remesar a los municipios y la remitirá a ASES.
c) Las asignaciones adicionales no comprometidas que reciba el gobierno del programa Medicaid y otros fondos federales aplicables.
d) Ingresos de aportaciones de patronos y empleados individuales por concepto de primas.

Distribución básica de estructuras de financiamiento:



> En general el sistema es mucho mas laxo con el sistema privado de servicio que recibe muy poca o ninguna monitoria de los servicios que se prestan. Existen algunas compañías que monitorean y realizan auditorias y hacen repaso de utilización pero es muy poco y al azar. El licenciamiento se hace con los comités de credencialización de cada institución, pero la permisología es mucho más rápida con este sector.

Licenciamiento

En cuanto a los servicios de salud mental, la Ley 67 del 7 de agosto de 1993 en virtud de la cual se creó la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, dispone entre otras funciones, que la agencia será responsable por licenciar, supervisar, llevar y mantener un registro público de todas las instituciones, organizaciones y facilidades, tanto públicas como privadas, dedicadas a proveer servicios para la prevención o el tratamiento de desórdenes mentales, adicción a drogas, o alcoholismo.[15]

Entre los requisitos dispuestos por la reglamentación de la Ley 408 para la concesión de la Licencia de Servicios de Salud Mental, que el solicitante describa los mecanismos para la implantación y cumplimiento de esta Ley, así como los indicadores que utilizará para asegurarse que dicha implantación sea efectiva y contínua.[16]

Reglamentación

Los planes de cuidado de salud, dependiendo de su estructura de financiamiento, están sujetos a diversas leyes estatales, el Código de Seguros de Puerto Rico así como las Cartas Circulares y Normativas relacionadas a seguros de salud emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros; leyes federales y ERISA.

En el caso de los servicios de salud mental, aplican además la Ley 408 de Salud Mental y la Ley 194 de Derechos del Paciente.

[15] Informe del Grupo de Trabajo, op.cit., p.22
[16] Ley 408 de Salud Mental de 2 de octubre de 2000, Art. 14.01.

A continuación se ilustra una tabla relacionada:[17]

Poblaciones	**Reglamentación**
Empleados Públicos	Ley 95 del 1963
Médicos Indigentes	Medicaid/SCHIP/Ley 72 de 1993, plan de salud del ELA
Seguros Privados -	ERISA//Leyes Estatales
Población de 65 anos o mas	Medicare – CMS
Patronos Auto Asegurados	ERISA
Veteranos	Reglamentación Federal
Organizaciones	
Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud	Código de Seguros
Managed Behavior Health Organization (MBHO)	No están reglamentados en PR como Asegurador.
Administradores de Beneficios (Third Party Administrator – TPA)	No están reglamentados en PR,
Asociacion de Maestros de PR y la Sociedad Espanola de Auxilio Mutuo y Beneficiencia de PR	Excepción en el Código de Seguros

Monitoría de Cumplimiento

El Administrador de ASSMCA, según dispuesto por la Ley 408 de Salud Mental, establecerá e implantará un Sistema de Revisión y Asistencia Técnica de las instituciones proveedoras para asegurar la calidad y efectividad de los servicios prestados y proteger los mejores intereses de las personas que reciben servicios de salud mental.

Para asegurar la calidad y efectividad de los servicios prestados y proteger los mejores intereses de las personas que reciben los servicios, el Administrador podrá, previa vista al efecto, multar, denegar, suspender o revocar en cualquier momento tales licencias, cuando determine que una institución no cumple con los requisitos establecidos en la Ley 408.

La Ley 408 de Salud Mental además tipifica como delito grave las violaciones, o el discrimen en torno a cualquier aspecto relacionado con el acceso a los servicios necesarios para la persona que requiere servicios de salud mental; e impone penas de multas o cárcel, o ambas, a discreción del tribunal.

La Ley 194 de 25 de agosto de 2000, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, establece penalidades a los proveedores y aseguradores de servicios de salud.

Los contratos otorgados por ASES a las organizaciones de servicios de salud mental (MBHOs), también contienen disposiciones para requerir el fiel cumplimiento de las cláusulas y condiciones contractuales, e impone penalidades, de incurrir en violaciones de las mismas.

[17] Análisis Sectorial de Salud, 2004, Departamento de Salud, p. 6

El Departamento de Salud, a su vez, tiene entre sus funciones la "Vigilancia del Aseguramiento":[18]

- Responsabilidad de vigilar y asegurar la prestación de un plan garantizado de servicios para todos los habitantes, o para cierto grupo de población, mediante:
- Definición explícita de conjuntos de prestaciones que son responsabilidad pública.
- Vigilancia del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento.

A pesar de las múltiples violaciones y actuaciones contumaces de los MBHOs, así como de las compañías de seguros de salud privados, en perjuicio de los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental, las agencias concernidas con los aspectos de licenciamiento, reglamentación y monitoría de cumplimiento: Departamento de Salud, ASSMCA, ASES y Oficina de la Procuradora del Paciente, no han penalizado tales acciones. Como resultado, las compañías privadas continúan su patrón de actuaciones en detrimento de los pacientes.

[18] 2da Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, Op. Cit., p. 77

ESTUDIO ESPECIAL SOBRE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN PUERTO RICO

Año 2005

Introducción

La satisfacción de los consumidores de servicios se considera una medida de los resultados de la calidad de los servicios (Pascoe, 1983). La calidad se ha definido como el grado en que los servicios de salud para individuos y la población aumenta la probabilidad de resultados de salud deseables y son consistentes con el conocimiento profesional prevaleciente (Institute of Medicine, 1996). El determinar la calidad de servicios nos permite auscultar cuan bien los resultados del cuidado se acercan al objetivo fundamental de prolongar la vida, aliviar la aflicción, restaurar la funcionalidad, y prevenir incapacidad. Una alta calidad se espera que maximice el bienestar general del paciente dado al balance entre las ganancias y pérdidas que conlleva el proceso del cuidado.

Este informe presenta los resultados de una encuesta realizada para determinar el nivel de satisfacción de los servicios de salud de Puerto Rico como un indicador de calidad. La satisfacción ha sido conceptualizada de diferentes maneras. Para Pascoe, Attkinson y Roberts (1983) la satisfacción es la reacción que tiene el paciente sobre los aspectos relevantes de sus experiencias con el servicio médico recibido. Según Ross, Frommelt, Hazelwood y Chang (1987), la satisfacción es una respuesta del paciente, tanto afectiva como emocional. Esta respuesta es una evaluación cognoscitva sobre el desempeño del proveedor de salud durante la experiencia que tiene el paciente con su

cuidado médico. Para Donabedian (1988), esta experiencia es percibida como calidad de los servicios recibidos. Woodside, Frey y Daly (1989) definen la satisfacción del paciente como una forma especial de la actitud del consumidor; es decir, como un fenómeno que refleja cuánto al paciente le gustó o no le gustó un servicio a través de su experiencia clínica. Otros investigadores, tales como Singh (1990) y Strasser, Arahony y Greenberger (1993) consideran la satisfacción como un constructo multidimensional y dinámico que puede variar a través del tiempo y de los individuos.

Los pacientes satisfechos e insatisfechos se comportan de manera diferente. Los pacientes satisfechos parecen estar más dispuestos a cooperar con sus tratamientos, continuar la utilización de los servicios médicos, mantener una relación con un proveedor específico, participar en su propio tratamiento (Aharony L, Strasser S., 1993; Carr-Hill RA., 1992) y cooperar con su proveedor de cuidado de salud revelando información médica importante (Carr-Hill RA., 1992). Por el contrario, si están insatisfechos, los pacientes pueden hacer el servicio menos efectivo, ya sea por negligencia en buscar el cuidado cuando se necesita o negándose a cumplir con el tratamiento prescrito (Rivkin MO, Bush PJ., 1974). Se presume que resultados como el estado de salud del paciente, la frecuencia y duración de estadía en el hospital y la continuidad de cuidado están influenciadas por la satisfacción del paciente. (Lochman JE., 1983). Debido a que la satisfacción del paciente puede influir la calidad del cuidado que se provee y los resultados del tratamiento, esta información puede ser de gran relevancia y valor para los médicos. (Hudak P., James G. Wright, 2000).

La satisfacción del paciente con el cuidado de salud que se le brinda puede afectar el servicio ofrecido e impactar de forma positiva o negativa el estado de salud de los pacientes. Dado que el mejoramiento de la salud de individuos y la comunidad se ha establecido como el resultado óptimo esperado la provisión del cuidado de la salud es esencial identificar los determinantes tanto de la búsqueda de servicios como los indicadores de calidad de éstos(Aday, Begley, Lairson, y Slater, 1988).

Este estudio fue realizado a petición de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico nombrada por el Honorable Gobernador de Puerto Rico. Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

Objetivos

1. Determinar el nivel de satisfacción global y multidimensional de la población general, y en particular los participantes de la Reforma de Salud en Puerto Rico, con los servicios de cuidado de salud ofrecidos en el país.
2. Identificar si existen diferencias en el grado de satisfacción con los servicios de salud entre los ciudadanos con planes privados y los ciudadanos bajo la Reforma de Salud.

Metodología

Para la realización de este estudio se utilizó la estructura del Estudio Continuo de Salud de la Escuela de Salud Publica, cuyos objetivos son:

1. Mantener un perfil actualizado del estado de salud de los municipios de Puerto Rico para facilitar a los gerenciales del Departamento de Salud la planificación de los servicios y la toma de decisiones informadas;
2. Proveer datos sobre el estado de salud de la población de cada municipio a investigadores, profesionales de la salud y científicos sociales para el análisis de ésta y producir recomendaciones sobre políticas de salud pública.

El Estudio Continuo de Salud desarrolló un muestreo probabilístico multietápico por conglomerados estratificado por municipio de 25,490 viviendas. Para este estudio se realizó una submuestra estratificada no proporcional por municipio, excluyendo a Vieques y Culebra de 1,434 viviendas para un total de 1,276 efectiva. Las entrevistas se realizaron entre 27 de abril y al 27 de mayo del 2005.

Medida de Satisfacción

Las medidas de satisfacción pueden dividirse en dos categorías: satisfacción global y satisfacción multidimensional. La satisfacción global o general se determina examinando los servicios ofrecidos a un nivel macro por el participante (Pascoe, 1983). Para determinar el nivel de satisfacción global, el participante evalúa todas las dimensiones de forma conjunta, determinando su percepción general con respecto al programa o servicio. Para determinar la satisfacción global en este estudio se realizó la siguiente pregunta: ***¿En general, cuán satisfecho se encuentra con los servicios de salud que recibe?***

Además, la satisfacción puede examinarse desde la perspectiva multidimensional (Pascoe, 1983). Según esta perspectiva la satisfacción del cliente está determinada por varias dimensiones del cuidado médico (Hudak and. Wright, 2000). Las dimensiones de satisfacción que se evalúan más frecuentemente en la literatura incluyen:

- los aspectos interpersonales de cuidado como el respeto e interés mostrado por el proveedor y la comunicación médico-paciente,
- la calidad técnica del cuidado,
- la continuidad del cuidado médico,
- la obtención de los resultados de pruebas médicas y
- la accesibilidad y disponibilidad del cuidado de la salud que incluyen el tiempo para obtener un cita médica, el tiempo de espera en la oficina para ver al médico, la localización física de los servicios, el horario de las oficinas y la facilidad de llegar hasta ellas Maciejewski, Kawiecki y Rockwood (1997).

Bartlett y colaboradores (1984) sostienen que la calidad de las destrezas interpersonales del médico influye en el cumplimiento de los pacientes con el tratamiento recomendado. Además, según Press, Ganey y Malone (1990), las actitudes del médico, de la enfermera y del resto del personal auxiliar junto a la comunicación médico-paciente pueden reducir el uso de medicamentos para el dolor y las estadías de hospitalización, así como mejorar el cumplimiento del paciente con su tratamiento.

Recolección de datos

Para la recolección de datos se construyó un cuestionario con veintiocho (28) preguntas que solicitaban información sobre las características del servicio y el nivel de satisfacción general y multidimensional en nueve dimensiones: localización de los servicios, horario de servicio, tiempo de espera para obtener una cita médica, amabilidad y cortesía del proveedor, orientación sobre salud preventiva, eficiencia del servicio, acceso por teléfono a los servicios de salud y la atención a los problemas de salud. La satisfacción multidimensional se midió por medio de 21 reactivos donde se solicita que se cualifiquen los aspectos del servicio incluídos con una escala de respuesta likert de "Muy malo" a "Excelente" (1 a 5, respectivamente). Esta información es adicional a la que usualmente se recopila en el Estudio Contínuo de Salud que incluye, entre otros, datos sobre características del servicio recibido tales como, última vez que visitó al médico, tiempo espera en oficina del médico, días para conseguir una cita, espera para ver al médico por una enfermedad y tiempo de espera en sala de emergencia.

Este cuestionario se desarrolló utilizando como referencia varios estudios realizados en Puerto Rico previamente (Calero, H. 1996, Estudios Técnicos Inc. 1999) y el "Patient Satisfaction Questionnaire" (Rand, 1994) Este cuestionario fue desarrollado por RAND en 1994 y utilizado para evaluar la satisfacción con el cuidado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud por los pacientes del "Unified Medical Group Association. Los datos recogidos fueron entregados

en las oficinas del Estudio Continuo de Salud. Luego fueron verificados, procesados y analizados con el programa estadístico SPSS.

Resultados

Los resultados se presentan en en tres secciones: resultados sobre las características del servicio, satisfacción general con los servicios ofrecidos y satisfacción multidimensional. Los datos obtenidos se analizaron para la población en general, para aquellos con plan privado y para los que tienen Reforma.

Características del servicio

Los resultados inidican que la población en general, en promedio, hace dos meses que visitó a su profesional de salud por última vez (ver Tabla I). Al resumir el tiempo de espera para obtener los servicios de salud se utilizó como medida de tendencia central la mediana para eliminar el efecto de los datos extremos que afectan la media. Los pacientes tienen que esperar 127 minutos (aproximadamente dos horas) en la oficina del médico para ser atendido. Tienen que esperar desde el día en que hacen una cita médica hasta el día en que son atendidos por el médico una mediana de 24 días y una mediana de 3 días para ver al médico por una enfermedad (como tratamiento para un dolor de garganta o monga). Con relación a los servicios de la sala de emergencia los pacientes tienen que esperar en promedio 164 minutos (aproximadamente dos horas y media) para recibir los servicios.

Al analizar los datos por tipo de plan médico, se encontró que los pacientes con planes privados al igual que los pacientes con Reforma informaron que hace un

mes que visitaron a su profesional de salud (ver Tabla I). Los pacientes con planes privados tienen que esperar 90 minutos (aproximadamente una hora y media) en la oficina del médico para ser atendido mientras que los pacientes de Reforma tienen que esperar 120 minutos (aproximadamente 2 horas). La mediana de días que tienen que esperar los pacientes con planes privados desde el día en que hacen una cita médica hasta el día en que son atendidos por el médico es de siete (7) días mientras que los pacientes con Reforma tienen que esperar el doble del tiempo (14 días). Por último, tanto los pacientes con planes privados como los de Reforma esperan en promedio un (1) día para ver al médico por una enfermedad (como tratamiento para un dolor de garganta o monga). Con relación a los servicios de la sala de emergencia tanto los pacientes con planes privados como los pacientes con Reforma tienen que esperar en promedio 120 minutos (aproximadamente dos horas).

Satisfacción general

El 84.7% de la población en general informó estar satisfecho con los servicios de salud que recibe y el 15.3% informó estar insatisfecho (ver Tabla II). Al analizar la satisfacción general por tipo de plan médico se encontró que el 90.0% de los pacientes con planes privados informó estar satisfecho con los servicio de salud comparado con un 77.6% de los pacientes con la Reforma. Esto representa una diferencia estadísticamente significativa ($p<.05$).

Satisfacción Multidimensional

Para evaluar la satisfacción de los servicios se utilizó como criterio estándar un 85.0%. El mismo fue establecido tomando como referencia lo sugerido por Carey RG y Loid RC (1995) quienes señalan como criterio o estándar 94%. Ese estándar se liberalizó reduciéndolo en 10 puntos porcentuales. Se estableció como criterio de decisión estadístico para determinar si los pacientes estaban satisfechos con los servicios de salud recibidos si la proporción de satisfechos era igual o mayor al 85.0%.

Al evaluar los distintas dimensiones de satisfacción se encontró que la población en general estaba satisfecha con: (1) la atención del personal médico, (2) la calidad del tratamiento, (3) las explicaciones del médico, (4) la simpatía y cortesía del médico y (5) los consejos ofrecidos por el médico (ver Tabla II).

Al analizar la satisfacción por tipo de plan médico se encontró que los pacientes con planes privados estaban satisfechos con: (1) la calidad del tratamiento, (2) la atención del personal médico, (3) las explicaciones del médico, (4) la simpatía y cortesía del médico, (5) la simpatía y cortesía de los enfermeros y otro profesional de la salud y (6) los consejos ofrecidos por el médico (ver Tabla II). Por otro lado, los pacientes con Reforma informaron estar satisfechos sólo con la simpatía y cortesía del médico (ver Tabla II).

Por último, al comparar la satisfacción en todas las áreas evaluadas, se comprobó estadísticamente que la proporción de pacientes satisfechos con los servicios de salud recibidos con Reforma fue significativamente menor que la de los pacientes con planes privados.

Tablas de Resultados

I. Tiempo de espera para recibir los servicios de cuidado de salud

Puerto Rico 2005

Pregunta	Población General*	Reforma*	Privado*
1. Última vez que visitó al médico	1 mes	1 mes	1 mes
2. Tiempo espera en oficina del médico	120 minutos	120 minutos	90 minutos
3. Días para conseguir una cita	10 días	14 días	7 días
4. Espera para ver al médico por una enfermedad	1 día	1 día	1 día
5. Tiempo de espera en sala de emergencia	120 minutos	120 minutos	120 minutos
* Mediana como medida de tendencia central			

Fuente: Estudio Continuo de Salud 2005

II. Satisfacción con los servicios de salud recibidos para la población en general

Puerto Rico 2005

¿Cómo califica o considera usted?	Satisfacción	Significancia Estadística
¿ **En general, cuán satisfecho se encuentra usted con los servicios de salud que recibe**?	**Satisfecho**	p>0.05
a. Lo accesible del lugar donde Ud. recibe su cuidado	Insatisfecho	p<0.01
b. El tamaño de la sala de espera del consultorio	Insatisfecho	p<0.01
c. El tiempo que tiene que esperar en la sala de espera	Insatisfecho	p<0.01
d. El horario en que está abierto al público	Insatisfecho	p<0.01
e. La simpatía y la cortesía que demuestran las recepcionistas	Insatisfecho	p<0.01
f. La facilidad de comunicarse por teléfono con el personal de salud	Insatisfecho	p<0.01
g. La facilidad de hablar por teléfono con teléfono con su médico de atención primaria	Insatisfecho	p<0.01
h. La calidad de los chequeos que Ud. Recibe	Insatisfecho	p<0.01
i. La atención del personal médico a lo que Ud. le dice o le pregunta	**Satisfecho**	p>0.01
j. La calidad del tratamiento que Ud. Recibe	**Satisfecho**	p>0.01
k. El acceso a un especialista cuando Ud. lo necesita	Insatisfecho	p<0.01
l. Las explicaciones sobre las medicinas	Insatisfecho	p<0.01
m. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por su médico primario	Insatisfecho	p<0.01
n. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por los especialistas	Insatisfecho	p<0.01
o. Las explicaciones que le da su médico sobre procedimientos, resultados de análisis o de pruebas	**Satisfecho**	p>0.05
p. La simpatía y la cortesía que le demuestra su doctor	**Satisfecho**	p>0.05
q. Los consejos que recibe de su médico, sobre cómo evitar enfermedades y mantenerse sano/a.	**Satisfecho**	p>0.05
r. La simpatía y cortesía que le demuestran las/os enfermeras/os y otros miembros del personal de salud	Insatisfecho	p<0.01
s. El esfuerzo de los empleados en hacer su visita agradable	Insatisfecho	p<0.01
t. La facilidad con que obtiene cuidado en el hospital cuando lo necesita	Insatisfecho	p<0.01
u. La facilidad con que obtiene cuidado médico en una emergencia	Insatisfecho	p<0.01

Fuente: Estudio Continuo de Salud 2005

III. Satisfacción con los servicios de salud recibidos para los pacientes con planes privados

¿Cómo califica o considera usted?	Satisfacción	Significancia Estadística
¿ En general, cuán satisfecho se encuentra usted con los servicios de salud que recibe?	**Satisfecho**	**p>0.05**
a. Lo accesible del lugar donde Ud. recibe su cuidado	Insatisfecho	p<0.01
b. El tamaño de la sala de espera del consultorio	Insatisfecho	p<0.01
c. El tiempo que tiene que esperar en la sala de espera	Insatisfecho	p<0.01
d. El horario en que está abierto al público	Insatisfecho	p<0.01
e. La simpatía y la cortesía que demuestran las recepcionistas	Insatisfecho	p<0.01
f. La facilidad de comunicarse por teléfono con el personal de salud	Insatisfecho	p<0.01
g. La facilidad de hablar por teléfono con teléfono con su médico de atención primaria	Insatisfecho	p<0.01
h. La calidad de los chequeos que Ud. Recibe	Insatisfecho	p<0.01
i. La atención del personal médico a lo que Ud. le dice o le pregunta	**Satisfecho**	p>0.05
j. La calidad del tratamiento que Ud. Recibe	**Satisfecho**	p>0.05
k. El acceso a un especialista cuando Ud. lo necesita	Insatisfecho	p<0.01
l. Las explicaciones sobre las medicinas	**Satisfecho**	**p>0.05**
m. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por su médico primario	Insatisfecho	p<0.01
n. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por los especialistas	Insatisfecho	p<0.01
o. Las explicaciones que le da su médico sobre procedimientos, resultados de análisis o de pruebas	**Satisfecho**	p>0.05
p. La simpatía y la cortesía que le demuestra su doctor	**Satisfecho**	p>0.05
q. Los consejos que recibe de su médico, sobre cómo evitar enfermedades y mantenerse sano/a.	**Satisfecho**	p<0.01
r. La simpatía y cortesía que le demuestran las/os enfermeras/os y otros miembros del personal de salud	**Satisfecho**	**p>0.05**
s. El esfuerzo de los empleados en hacer su visita agradable	Insatisfecho	p<0.01
t. La facilidad con que obtiene cuidado en el hospital cuando lo necesita	Insatisfecho	p<0.01
u. La facilidad con que obtiene cuidado médico en una emergencia	Insatisfecho	p<0.01

Fuente: Estudio Continuo de Salud 2005

IV. Satisfacción con los servicios de salud recibidos para los pacientes con la Reforma

¿Cómo califica o considera usted?	Satisfacción	Significancia Estadística
¿ En general, cuán satisfecho se encuentra usted con los servicios de salud que recibe?	Insatisfecho	$p<0.01$
a. Lo accesible del lugar donde Ud. recibe su cuidado	Insatisfecho	$p<0.01$
b. El tamaño de la sala de espera del consultorio	Insatisfecho	$p<0.01$
c. El tiempo que tiene que esperar en la sala de espera	Insatisfecho	$p<0.01$
d. El horario en que está abierto al público	Insatisfecho	$p<0.01$
e. La simpatía y la cortesía que demuestran las recepcionistas	Insatisfecho	$p<0.01$
f. La facilidad de comunicarse por teléfono con el personal de salud	Insatisfecho	$p<0.01$
g. La facilidad de hablar por teléfono con teléfono con su médico de atención primaria	Insatisfecho	$p<0.01$
h. La calidad de los chequeos que Ud. Recibe	Insatisfecho	$p<0.01$
i. La atención del personal médico a lo que Ud. le dice o le pregunta	Insatisfecho	$p<0.01$
j. La calidad del tratamiento que Ud. Recibe	Insatisfecho	$p<0.01$
k. El acceso a un especialista cuando Ud. lo necesita	Insatisfecho	$p<0.01$
l. Las explicaciones sobre las medicinas	Insatisfecho	$p<0.01$
m. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por su médico primario	Insatisfecho	$p<0.01$
n. La facilidad para que le despachen las medicinas recetadas por los especialistas	Insatisfecho	$p<0.01$
o. Las explicaciones que le da su médico sobre procedimientos, resultados de análisis o de pruebas	Insatisfecho	$p<0.01$
p. La simpatía y la cortesía que le demuestra su doctor	**Satisfecho**	$p>0.05$
q. Los consejos que recibe de su médico, sobre cómo evitar enfermedades y mantenerse sano/a.	Insatisfecho	$p<0.01$
r. La simpatía y cortesía que le demuestran las/os enfermeras/os y otros miembros del personal de salud	Insatisfecho	$p<0.01$
s. El esfuerzo de los empleados en hacer su visita agradable	Insatisfecho	$p<0.01$
t. La facilidad con que obtiene cuidado en el hospital cuando lo necesita	Insatisfecho	$p<0.01$
u. La facilidad con que obtiene cuidado médico en una emergencia	Insatisfecho	$p<0.01$

Fuente: Estudio Continuo de Salud 2005

Referencias:

Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R. and Slater, C.H. (1998). Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity. Second edition. Health Administration Press, Chicago, Illinois.

Institute of Medicine. (1996) Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative. Washington D.C., U.S.A.

Carey, R.G., Loid, R.C. (1995). Measuring Quality Improvement in Health Care: A Guide for Statistical Process Control Application. Quality Resources New York.

ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

I. Introducción (Descripción de HEDIS)

HEDIS - Grupo de medidas de desempeño uniformes para evaluar y fomentar la calidad de servicios de salud
Evaluación Grupos Médicos (GM) – Se mide el desempeño de los GM a través de indicadores seleccionados
Programas Manejos de Condiciones ("DM") – Se mide el impacto y alcance de éstos en los beneficiarios con condiciones crónicas de asma, diabetes, fallo cardíaco e hipertensión

II. Hallazgos significativos

A continuación se presenta el análisis de los principales indicadores de efectividad de HEDIS.

Con relación al Indicador del por ciento de beneficiarios entre 18-75 años con Diabetes Tipo I y II que estuvieron suscritos consecutivamente durante el 2003 y **recibieron un examen de fondo ojo** durante ese año, se encontró:

- Escasamente un 14 % de los pacientes diabéticos tuvieron un examen del fondo del ojo en Puerto Rico, durante el año 2003.

Otros indicadores adicionales del **cuidado integral del paciente de Diabetes**, incluye el **Monitoreo de nefropatía**, o sea el % que se le realizó la prueba de microalbuminuria.

- Para el año 2003, sólo un 16 % de los pacientes diabéticos fueron monitoreados para la neuropatía, representando esto 4 punto porcentuales por debajo de los monitoreados en el año 2002.

La **prueba de Hemoglobina Glucosilada** se refiere al % que se le administró una o más pruebas de HbA1C.

- Los datos reflejan que al 2003, uno de cada tres pacientes diabéticos, se le realizó al menos una prueba de HbA1C, representando un incremento de 7 puntos porcentuales, con relación al año 2002.

El **pobre control de azúcar (HbA1c)** se refiere a el por ciento de pacientes con niveles de HbA1c, mayores de 9.5 %.

- Se encontró que un 82 % de los pacientes diabéticos tienen pobre control de azúcar. Esto representa un reducción de cuatro puntos porcentuales con relación al año 2002.

El **cernimiento y control de colesterol LDL-C** se refiere al por ciento de personas diabéticas a los que se le administró una prueba de LDL-C y cuyo nivel más reciente era menor de 130 mg/dL.

- Al, 2003, se había hecho el cernimiento a un 38 % de los diabéticos y un 20 % tenía niveles inferiores a 130, o sea que estaba bajo control.

En general, se observa un manejo inadecuado en las diferentes pruebas para los pacientes de diabetes: Monitoreo de neuropatía, Prueba HbA1C, Control de Azúcar y Control de Colesterol. En los últimos seis años no ha habido un incremento en el por ciento de pacientes diabéticos que se hace la prueba del fondo de ojo para descartar retinopatía. Sobre todo, este hecho es alarmante, ya que la diabetes es una de las condiciones más prevalentes en Puerto Rico. Es inconcevible que el 86% de los pacientes diabéticos no se haga esta prueba que es parte de los procedimientos estándares para un manejo de calidad para esta condición crónica de salud.

Con relación al indicador del por ciento de mujeres entre 50-69 años que estuvieron suscritas consecutivamente durante el año 2003 y el año previo, que se **hicieron una mamografía**, se encontró que:

- Un 54 % se había realizado una mamografía, lo que representa una reducción de dos puntos porcentuales, con relación al año 2002. En Estados Unidos el 67% de esta población, se realiza una mamografía anualmente. Para los Objetivos al 2010 se espera que un 70% de la población mayor de 40 años se realice la mamografía anualmente.

El **cernimiento de cáncer de cervix** se refiere al por ciento de mujeres entre 18 a 64 años que estuvieron suscritas consecutivamente durante el año 2003 y 2002, y se realizaron uno o más PAPS durante el año 2002 o dos años antes.

- En el 2003 se encontró que el 47% de las mujeres en este grupo etáreo, se realizaron la prueba de PAPS. Esto representa un incremento de tres puntos porcentuales con relación al año 2002. La meta al 2010 es que el 90% de las mujeres de 18 anos o más, se realicen la prueba del PAPS.

Sobre el por ciento de mujeres que hicieron **una visita prenatal en el primer trimestre de embarazo** o cuarenta y dos días después de subscribirse al Plan, se encontró que:

- En el 2003, el 75% de las embarazadas tuvieron su primera visita en el Primer Trimestre. Esto representa un incremento de 11 puntos porcentuales con relación al2002. La meta para el 2010, es que el 90% de las mujeres tengan su primera visita prenatal en el primer trimestre de su embarazo.

El indicador sobre efectividad en el **cuidado en el control de hipertensión** es el por ciento de pacientes hipertensos de 46 a 85 años con presión controlada.

- En el 2003 se encontró que el 57% de estos pacientes tenían la hipertensión controlada. Esto representa un incremento de 16 puntos porcentuales con relación al 2002.

El uso de **medicamentos apropiados para el control del asma** es el por ciento de beneficiarios de 5 a 56 años con asma persistente que recibieron los medicamentos adecuados.

- En el 2003 se encontró que más de un 60% de estos pacientes están siendo manejados con medicamentos inapropiados.

El **cernimiento de chlamydia** que se define como el por ciento de mujeres sexualmente activas entre 16 a 26 años con almenos una prueba de cernimiento.

- En el 2003, el 12% de estas mujeres tuvo una prueba en el año. Esto representa un incremento de tres puntos porcentuales con respecto al 2002. Esto implica que el 88% de la población que necesita esta prueba no recibe cernimiento para la misma.

El indicador de efectividad luego de un ataque al corazón, se incluye el **uso de los bloqueadores Beta**, luego de un infarto al miocardio y se define como el por ciento de pacientes mayores de 35 años hospitalizados por un infarto que se le recetó un beta bloqueador al ser dado de alta.

- En el 2003, un 37% de estos pacientes no recibieron el beta bloqueador al ser dado de alta.

El indicador de **cernimiento y control de colesterol luego de un ataque al corazón** es el por ciento de pacientes de 18 a 75 años hospitalizados por un infarto que se hicieron una prueba LDL-C entre 60 y 365 días después del alta y cuyos niveles de LDL-C eran menores de 130 mg/dl entre los 60 y 365 días después del alta.

- Al 2003, el 80% de los pacientes se hizo la prueba, y no tenía los niveles controlados.

El indicador de **Visita al Dentista** se define como el por ciento de beneficiarios entre 4 y 21 años suscrito consecutivamente durante el 2003, que hicieron al menos una visita al dentista durante el año 2003.

- Al 2003, el 48 % de esta población no visitó al dentista durante el año. Este indicador se comportó de igual forma en el año 2002.

En términos generales, se concluye que en prácticamente todos los indicadores de la efectividad del cuido, a excepción de Visitas Prenatales en el Primer Trimestre, el Plan de Salud del Gobierno de PR, está por debajo de los niveles esperados.

ANÁLISIS DE SISTEMAS DE SALUD EN OTROS PAÍSES

Los factores determinantes en la aceptación, implementación, y el buen funcionamiento de un sistema alterno de salud incluyen la cultura prevaleciente de la población, la estructura política, el sistema de financiamiento, y los mecanismos de control de costos que se establezcan. Contraria a otras industrias en donde se pueden utilizar estrategias de minimización de costos, en la Industria de Salud tiene que imperar el concepto de valor del servicio prestado ya que hay unos recursos limitados para atender unas necesidades cada vez mayores.

Para todo cambio hay tres corrientes que tienen estar ocurriendo y se les pueden clasificar como sigue:

1. La corriente del problema: Hay unos indicadores (estudios, cambios financieros) o eventos focales (desastres, experiencia personal de un legislador, colapso de un sector financiero mayor).
2. La corriente política: Esto se refiere al ánimo político, campañas de los grupos de interés, resultados de elecciones, distribución ideológica en el Congreso, y cambios en la Administración.
3. La corriente del desarrollo de políticas: Se refiere a la ocurrencia de cambios políticos, cambios en personal y ciertos eventos focales en el ambiente de disponibilidad de soluciones viables.

A continuación resumiré los sistemas de salud de los países de Inglaterra, Canadá, Alemania, Japón, y Francia. Se escogieron estos países ya que todas han demostrado niveles altos de satisfacción de sus constituyentes, han podido mantener un grado aceptable del control de sus gastos en salud, y han podido mantener un sistema de salud universal de mayor calidad a nivel poblacional que el modelo de cuido Norteamericano que es básicamente nuestro modelo. El análisis se subdivide en los renglones de:

1. Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad
2. Gobierno y Estructura
3. Financiamiento
4. Control de Costos

Por último, en la sección de conclusión y discusión, se comparan los sistemas descritos al de los Estados Unidos. Las fortalezas de los sistemas estudiados se discutirán y se describirá un marco conceptual para el diseño de un sistema alterno de salud.

Inglaterra

Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad:

En términos de indicadores medulares (“core”) de salud, el sistema Inglés está entre los más altos de las naciones industrializadas. A continuación, se ilustran los indicadores más significativos:

	2000	2001	2002
Mortalidad Infantil	6.0 (por 1000)		
Expectativa de vida	77.0	77.5	78.2
Expectativa de vida Saludable	69.9	69.6	60.6
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	15.3	15.0	15.7
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	17.4	16.9	18.1
Cesarías por 1000 nacimientos vivos	204	220	220

Con respecto a la diferencia en la mortalidad infantil, es notable ver que hay 1.2 muertes por cada 1000 nacimientos más en los Estados Unidos (7.2 por 1000) aún tomando en cuenta que la mayor parte de los partos en Inglaterra lo efectúan las parteras.

En términos del acceso a cuido, todos los ciudadanos tienen libre acceso a los generalistas y pueden cambiar de uno a otro a menos que el panel de pacientes del proveedor esté lleno. Cuido especializado y servicios hospitalarios (excepto emergencias) están disponibles solo por referido de los generalistas. El flujo de los pacientes es por medio de un sistema regionalizado que va desde el servicio de generalistas (cuido de enfermedades comunes), a los especialistas quienes están ubicados en los hospitales (cuidado secundario para condiciones más serias), a los hospitales de enseñanza nacional.
Todo ciudadano tiene el mismo derecho a los servicios de salud excepto en ciertas condiciones como por ejemplo diálisis, transplantes, y quimioterapia en ciertas poblaciones (ej. Envejecíentes). En estos últimos subgrupos, al igual que para ciertos procedimientos (reemplazo de cadera, cirugía de cataratas), estudios y hospitalizaciones de naturaleza electiva, es que se nota el concepto de racionamiento. Aunque se considera que tanto el sistema Inglés como el de Canadá son los que mas racionan el cuido, el 90% de las esperas electivas están por debajo de los tres meses.

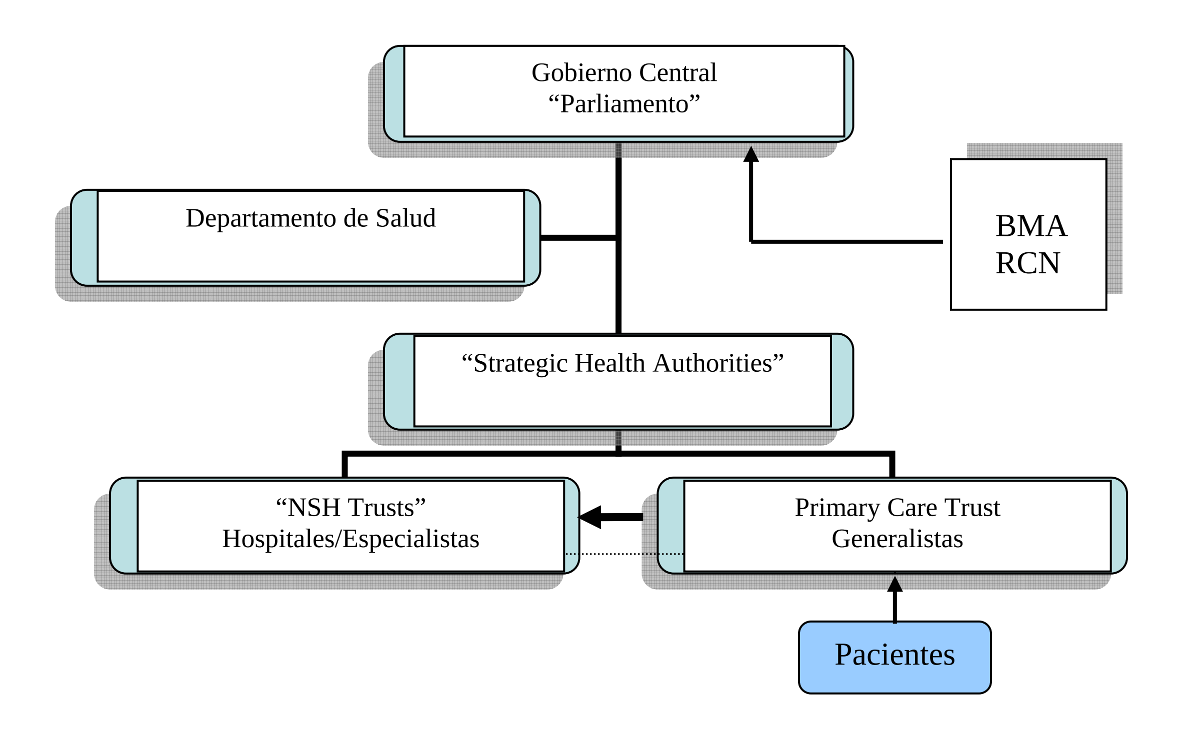
Gobierno y Estructura:

El sistema Inglés es el ejemplo típico de un sistema de cuido universal en donde el gobierno central lo controla y lo financea. El gobierno es dueño, maneja y opera la infraestructura. Tiene 28 Autoridades Estratégicas de Salud (“Strategic Health Authorities”) a nivel regional quienes fiscalizan y distribuyen los fondos asignados. Los hospitales (la mayor parte) son del gobierno y los especialistas son empleados del sistema. Estos especialistas practican dentro de los hospitales (tienen un tiempo mínimo semanal que pueden hacer practica privada).

	2000	**2001**	**2002**
Dens. Médica por 1000	2	2	2.1
ALOS	6.9	6.9	6.9
Altas por 100,000 pobl.	24011	24098	24669
Camas de cuido agudo por 1000 población	3.9	3.9	3.9

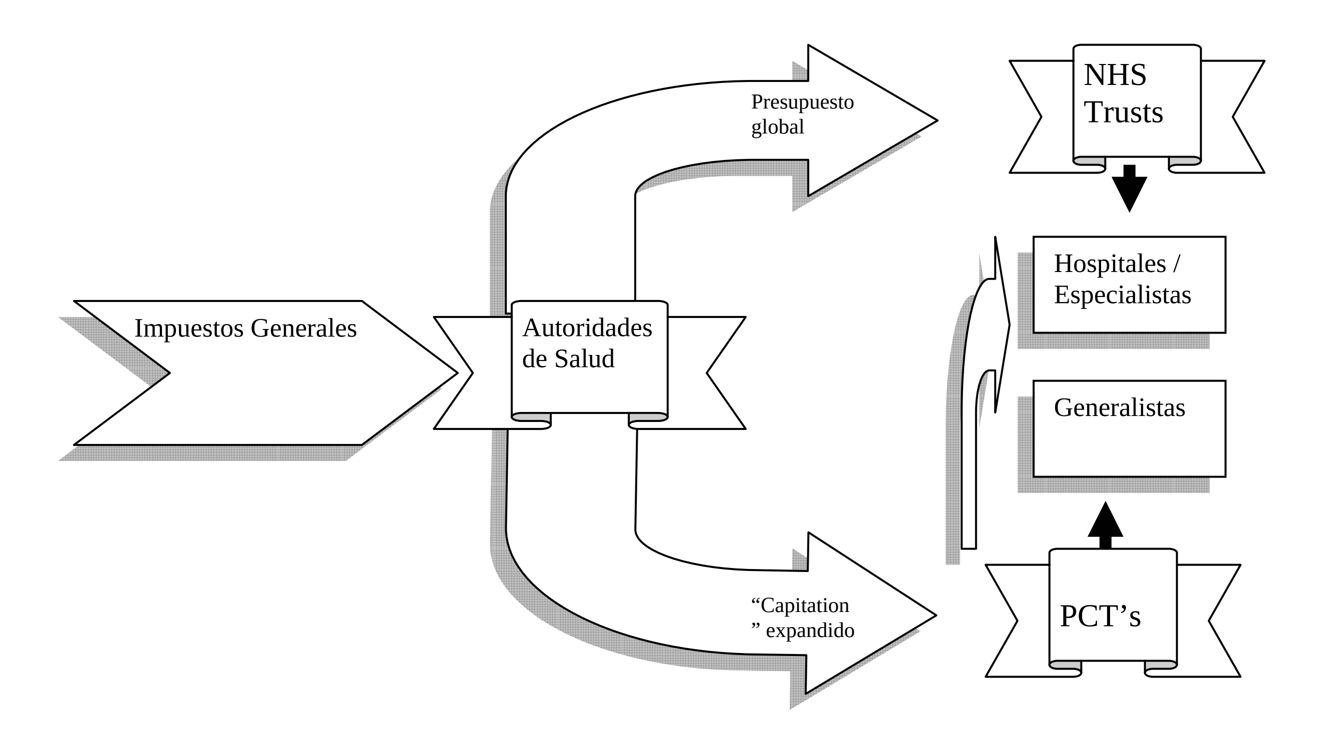
Los generalistas son contratistas independientes del gobierno, tienen su práctica privada y no hospitalizan pacientes. En el 1999, se establecieron los Fideicomisos de Cuido Primario (“Primary Care Trusts; PCT’s”) en donde se les entrega a un grupo de médicos primarios un presupuesto determinado y ellos son los que deciden como alocar estos fondos a nivel local. Todos los generalistas dentro de un área geográfica designado tienen que formar parte de un grupo de médicos primarios (promedio por grupo de 50 generalistas y otro personal asociada a la salud para cubrir 100,000 pacientes). Estos grupos están a cargo de planificar el cuido primario y los servicios de salud de su comunidad al igual que la distribución del presupuesto asignado. También están a cargo de contratar con los consultantes y los hospitales para cuido especializado, fiscalizar sus miembros, e implementar actividades de mejoramiento de calidad. El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (“NICE”) esta encargado de monitorizar a los proveedores de salud. Los “League Tables” son comparaciones de ejecutoria en términos de estándares de cuido de hospitales y de los PCT’s que se publican en los periódicos locales.

Aunque el gobierno central y sus burócratas dictan las políticas, la Asociación de los Consultantes (BMA) y el Colegio Real de Enfermeras (RCN) tienen derechos estatutarios de formar parte del proceso de desarrollo de políticas a nivel central. Es notable ver que en Inglaterra, las enfermeras son altamente respetadas como profesionales.



Financiamiento:

El modelo económico del NHS está basado en el concepto de mayor calidad de servicio por dólar gastado. El 82% de los fondos para financiar el sistema proviene de impuestos federales (federal taxes), 13% de contribuciones del patrono y el empleado y el 4% proviene de cargos al usuario. Estos fondos se distribuyen a los “Strategic Health Authorities”(SHA’s) y estos luego lo distribuyen a los “NHS Trusts” y a los Primary Care Trusts, ajustando por factores regionales tales como población servida e índices socio-económicos. Son los PCT’s quienes se encargan de distribuir sus fondos entre su grupo y de contratar con los hospitales y los especialistas. La formación de estos PCT’s y el concepto de que ellos son los que se encargan de distribuir estos fondos fue decisión del primer ministro Tony Blair. La idea fue el de llevar el nivel decisional a aquellos quienes conocen mejor las necesidades de la población servida. Es importante notar que la distribución de los presupuestos de los médicos generalistas (GP) y la de los especialistas son por separados de tal forma que el referir no va en contra del “capitation” del generalista. A los PCT’s se les paga un presupuesto global para cubrir el “overhead”, un “capitation” para cubrir las vidas y pago por servicio(“fee for service”) como compensación adicional por logro de estándares de ejecutoria. Los especialistas son asalariados del gobierno.



Control de Costos:

El sistema de salud Inglés se mantiene entre los más bajos en términos de sus gastos de salud como por ciento de su producto doméstico bruto (GDP). Sin embargo, sus críticos indican que tomando en consideración las listas de espera para servicios electivos, el estado de deterioro de muchas de sus estructuras de prestación de servicios, y los ingresos bajos de sus médicos al igual que otros profesionales aliados a la salud, se considera que el sistema esta sub-presupuestado y que hay demasiado racionamiento. Sin embargo, el NHS es el servicio de gobierno más popular en Inglaterra.

Los logros en términos de control de gastos son debido a control estricto a nivel central del presupuesto asignado y del sistema regionalizado con énfasis en control de suplido. Este tipo de control incluye regulación del por ciento de médicos primarios comparados con especialistas, distribución de GP's, especialistas y hospitales por área geográfica y necesidad, tipos de servicios médicos y equipo tecnológico costoso por área y de la industria farmacéutica. Hay un presupuesto determinado para farmacéuticos y el gobierno central regula las ganancias netas (no los precios) de esta Industria. Todo exceso de ganancias netas a la negociada se le devuelve al gobierno. Los GP's tienen un presupuesto determinado por drogas y los hospitales también tienen un limite de gastos por medicamentos de marca.

Es interesante ver que el presupuesto asignado está ajustado por riesgo en el sentido que aquellos hospitales y grupos de GP's que atienden poblaciones de mayor necesidad y por ende de mayor consumo de recursos, se les asigna mayor cantidad de dinero.

	2000	**2001**	**2002**
Gasto en salud como % del GDP	7.2	7.3	7.6
Gasto gubernamental en salud como % del total de gasto en salud	80.5	80.9	82.2
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	14.8	15.0	15.4
Per capita gasto total en salud (US$)	1,792	1,783	1,835
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	19.5	19.1	17.8
Total de gastos en farmacéuticos como % del total de gastos en salud	15.8; OECD data for 1999 (non available for after)	NA	NA
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	NA	NA	NA
Pagos "out- of-pocket" Per capita US$	NA	NA	NA
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos			NA

Canadá

Calidad de Servicio, Acceso y Equidad:

El seguro nacional de salud de Canadá se desarrolló con el propósito de eliminar las barreras financieras de cuidado, de que los servicios fuesen comprensivos, de que se preservase universalidad de cuido, y de que la cubierta de salud fuese transferible. En general, se han preservados estos principios. Este seguro

nacional aun goza de niveles altos de satisfacción aunque recientemente ha habido disminución en este renglón.

	2000	2001	2002
Mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)	5.1		
Expectativa de vida	79.1	79.3	79.8
Expectativa de vida saludable	70.0	69.9	72.0
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	15.4	15.3	16.1
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	17.8	17.9	19.3
Cesarias por 1000 nacimientos vivos	209.2	222.3	NA

Comparado con los Estados Unidos, hay 2.1 muertes infantiles menos (por 1000 nacimientos vivos) al igual que mayor expectativa de vida en general y expectativa de vida saludable.

La población de Canadá tiene libre acceso a los médicos aunque en general visitan a sus GP's para problemas rutinarios y a los especialistas solo por referido de su médico primario (aunque pueden ver a especialistas sin referido). Aunque con sus problemas particulares, hay mecanismos para que los pacientes tengan su cubierta de salud si cambian de una provincia a otra al igual que si viajan fuera del país.

Toda la población tiene el mismo derecho de acceso y de cubierta de salud aunque si hay listas de espera para ciertos procedimientos electivos como ocurre en Inglaterra.

Gobierno y Estructura:

El sistema de seguro nacional de salud es financiado por medio de impuestos y en donde el cuido médico es privado. La infraestructura de este sistema es una mezcla de público y privado en donde la mayoría de los hospitales son públicos y sin embargo los centros de cuido prolongados (LTC's) son privados.

Canadá es una federación de 10 provincias y de tres territorios norteños en donde el pagador es el propio gobierno provincial quien se encarga de fiscalizar su sistema de salud. Aunque el gobierno central no puede dictar políticas, si trata de influenciar por medio de dinero o de sugerir guías. La autoridad decisional esta en las provincias y en este sentido la provincia de Ottawa ejerce mayor influencia con respecto a los servicios que se deben de proveer. La administración del plan provincial tiene que ser por entidades sin fines de lucro y

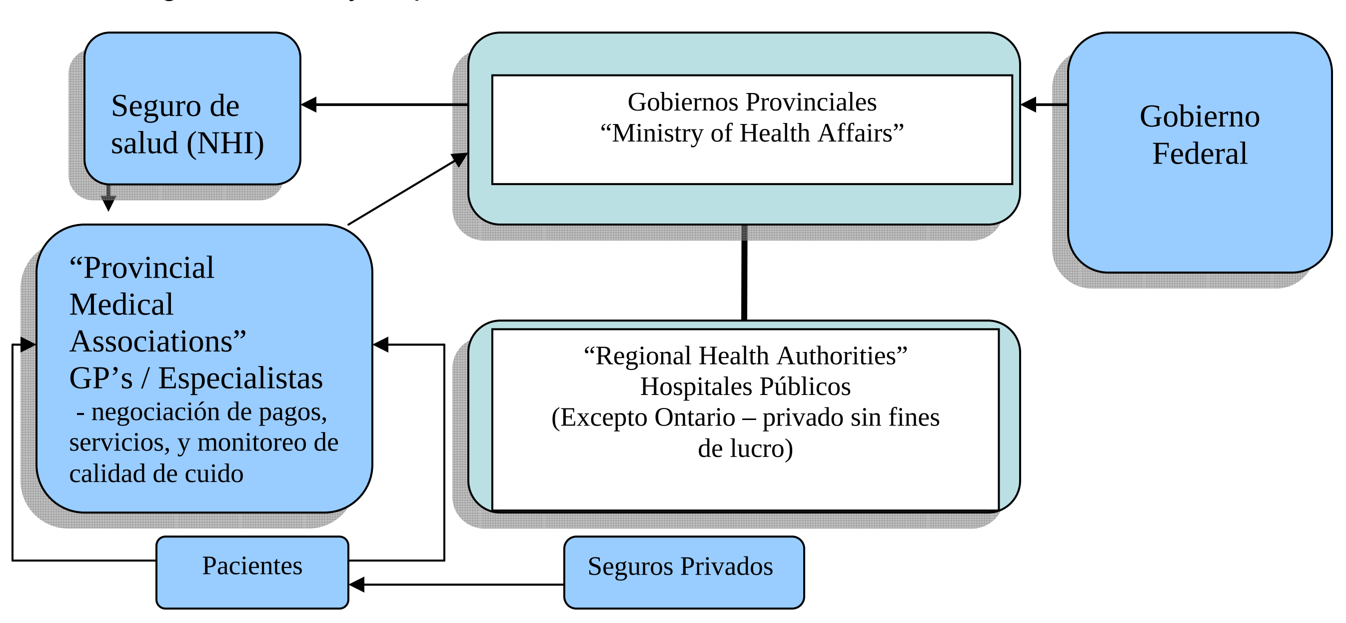
nombradas por el gobierno provincial. Sus actividades son fuertemente auditadas.

Los beneficios del plan de salud de cada provincia son amplios e incluyen servicios médico-hospitalarios al igual que servicios ancilares ilimitados. Aunque sea rico, pobre, empleado o desempleado, la población canadiense goza del mismo nivel de beneficios del plan de salud. Aunque hay aseguradoras privadas, está prohibido que cubran servicios ya incluidos en el plan provincial.

El 55% de los médicos canadienses son generalistas o médicos de familia (comparados con 35% en los EU) quienes funcionan como coordinadores de cuido ("gatekeeper"). Como ya se había descrito, el paciente visita al GP para cuido rutinario y al especialista solo por referido del médico primario. Aunque el especialista puede ver pacientes sin referido, solo recibo el pago mayor de especialista cuando el paciente tiene el referido. Los médicos de familia pueden hospitalizar pero tienen mucho menos volumen de trabajo intra-hospitalario que el norteamericano.

	2000	**2001**	**2002**
Dens. Médica por 1000	2.1	2.1	2.1
ALOS	7.2	7.3	NA
Altas (por 100,000 pobl)	9387	9057	NA
Camas cuido agudo por 1000 población	3.3	3.2	NA

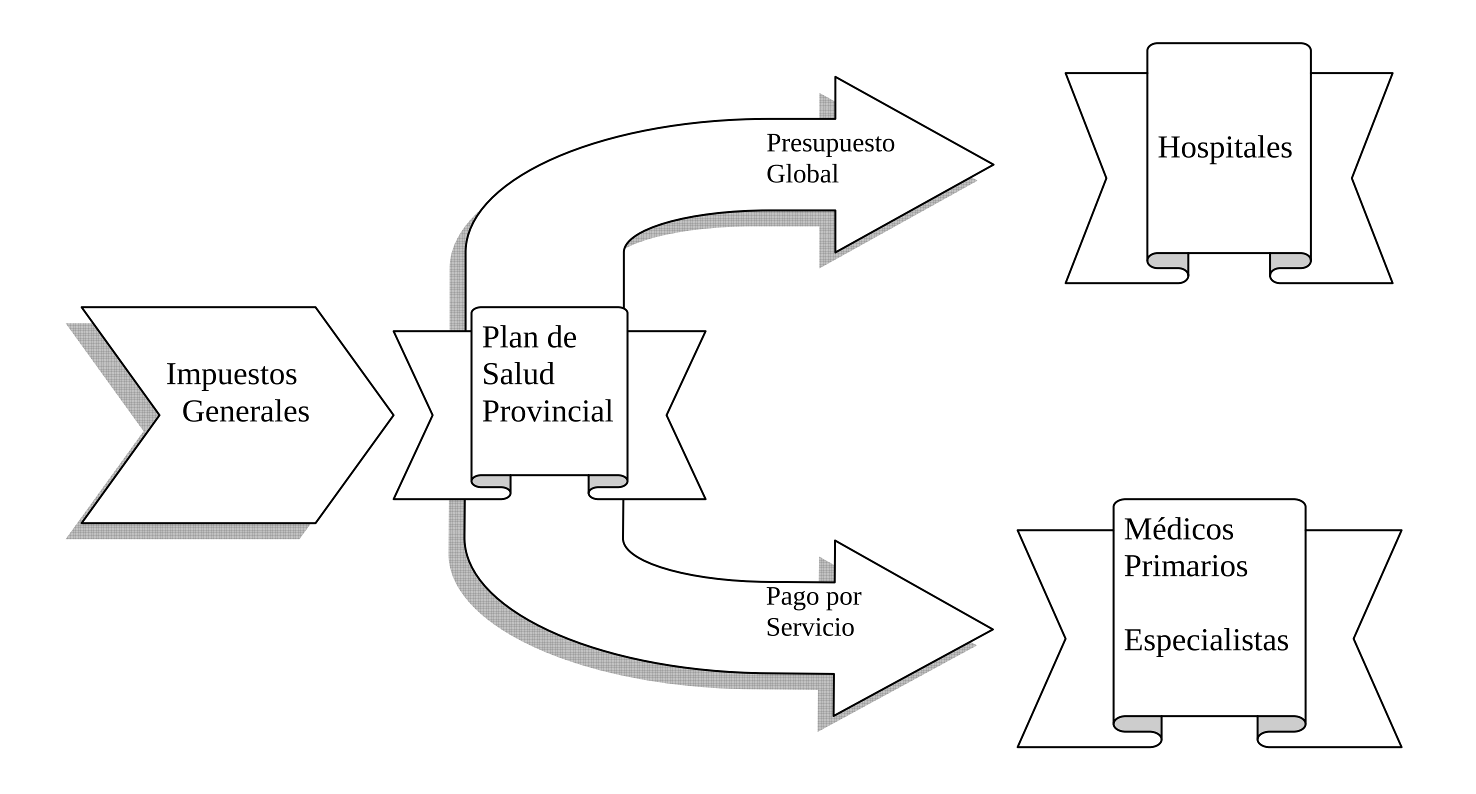
Los procedimientos de alta tecnología y estudios de resonancia magnética son regionalizados y disponibles en un número limitado de facilidades.



Financiamiento:

Aproximadamente el 71% de todos los gastos relacionados a salud provienen de fondos publicas (25% federal y 46% provincial) que a su vez provienen de impuestos (“sales, personal, payroll”). El 28% de los fondos son de origen privado.

El seguro nacional de salud paga a tantos los médicos generalistas como a los especialistas “fee for service”. El nivel de pago es negociado entre el gobierno provincial y asociaciones médicas provinciales. Los hospitales se les pagan un presupuesto global que se negocia cada año. Toda inversión en proyectos de mejoramiento, expansión, y compra de equipo tecnológicos costosos tienen que ser aprobados por el plan de salud provincial.



En los últimos años ha habido cambios en la fórmula de la aportación monetaria federal resultando en disminuciones significativas a las provincias. Los gobiernos provinciales lo que han hecho es cortar el presupuesto de los hospitales que a su vez ha causado un aumento en "day surgeries", reducción en el número de camas hospitalarias, y inestabilidad en el mercado de contratación de enfermeras.

Control de Costos:

Aunque el sistema Canadiense es un modelo de racionamiento, su mayor efectividad en el control de costos, comparados con los Estados Unidos, no es por (en general), proveer menos servicios. Los Canadienses en promedio pasan mas días en el hospital y ven a los médicos mas frecuentemente que su contraparte en los Estados Unidos. Los gastos más bajos provienen de:

1. significativamente menos gastos administrativos
2. costo menor por día paciente en los hospitales
3. pagos médicos mas bajos y control de precios de medicamentos

	2000	**2001**	**2002**
Gasto en salud como % del GDP	9.1	9.4	9.6
Gasto gubernamental en salud como % del	70.9	70.8	NA

	2000	2001	2002
total de gasto en salud			
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	15.5	16.2	NA
Per capita gasto total en salud (US$)	2,580	2,792	NA
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	29.1	29.2	NA
Total de gastos en farmacéuticos como % del total de gastos en salud	16	16.3	16.6
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	30	29.1	28.8
Pagos "out-of-pocket" Per capita US$	404	419	445
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos			37.6

Es importante notar que los gastos en salud representan una tercera parte del presupuesto de las provincias. Por esta razón, las provincias están poniendo unos "caps" en los pagos médicos similar a lo que ocurre en Alemania.

Alemania

Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad:

Los principios básicos del sistema de salud Alemán son el proveer servicios de calidad, de que sus servicios se ofrezcan por igual a todos sus ciudadanos, de que sean transferibles, y de que el nivel de cuido sea basado en las necesidades existentes. Es notable ver que el 92% de los ciudadanos disfrutan del seguro de salud nacional mientras que el resto (8%; todos con ingreso sobre $40,000) o tienen su seguro privado (50 compañías) o son ricos y pagan "cash".

Es importante notar que aunque estos seguros ("sickness funds") son basados en empleos, los trabajadores mantienen su seguro si quedan desempleados, cambian de trabajo, o si se retiran. No se excluyen miembros por enfermedad (condiciones pre-existentes o edad.

Los servicios básicos ofrecidos incluyen:
• Cuido médicos • Visión
• Dental • Hospitalización
• Cuido en hogar • Rehabilitación / Spa
• Maternidad • Prescripciones
• "Long term nursing care"

Todos los miembros de los "sickness funds" poseen una tarjeta inteligente que sirve como identificación y todos los médicos, especialistas, hospitales, oficinas dentales, y otras facilidades especializadas tienen que honrarla.

	2000	2001	2002
Mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)	4.4	NA	NA
Expectativa de vida	78.0	78.2	78.7
Expectativa de vida saludable	69.4	70.2	71.8
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	14.8	15.0	15.9
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	17.6	17.7	19
Cesarias por 1000 nacimientos vivos	208.9	220	NA

Gobierno y Estructura:

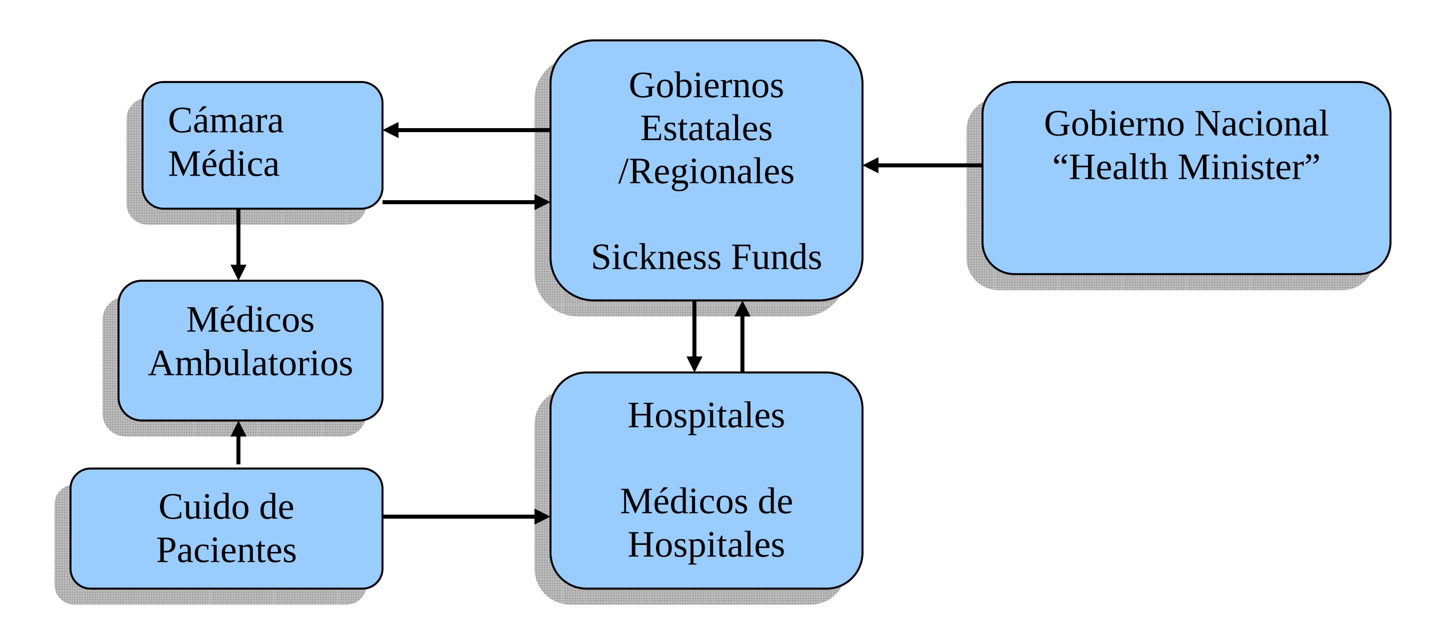
Aunque el seguro nacional de salud es un mandato gubernamental, su control es a través de los "Sickness Funds" (agencias aseguradoras) que están organizados por área geográfica. El gobierno nacional funciona como supervisor, monitor y facilitador de estos Fondos. Desde el 1993, el ministro de salud a tratado de ejercer mas autoridad sobre los Fondos pero siguen gozando de bastante autonomía.

Los "Sickness Funds" son entidades sin fines de lucro y su membresía es obligatoria. Existen cerca de 500 de estos y hay diversas categorías que incluyen aquellos que cubren trabajadores de "cuello azul" (40%), los "Substitute Funds" que cubren las familias de trabajadores tipo "cuello blanco"(27%), los de compañías (700) que cubren sus empleados y dependientes (12%), y los que cubren trabajadores de un "craft" particular.

La profesión medica goza de autonomía profesional. Tienen derecho estatutario a formar parte de los procesos de desarrollo de políticas. También tienen que ser miembros de los capítulos regionales de dos organizaciones medicas ("Federal Association of Panel Doctors" y la Cámara Médica). La Camara Medica establece los estándares de práctica, de educación médica, y de educación médica continua. Hay una separación estricta entre los médicos de cuido ambulatorio y los que basan su cuido en hospitales.

	2000	2001	2002
Densidad médica / 1000	3.3	3.3	3.3
ALOS	11.9	11.6	NA
Altas (por 100,000 pobl)	19961	20060	NA
Camas cuido agudo por 1000 población	NA	NA	NA

Estos últimos usualmente no tienen oficina privada para tratar pacientes ambulatorios. Aunque tradicionalmente los pacientes alemanes podían ver especialistas ambulatorios sin referido de su primario, esta práctica está cambiando. Las visitas a especialistas están requiriendo cada vez más de un referido del médico primario. El 55% de los médicos son generalistas. Hay una pobre coordinación entre los médicos de cuido ambulatorio y los hospitales. El sistema Alemán tiende a usar un modelo de disperso de cuido similar a los Estados Unidos.

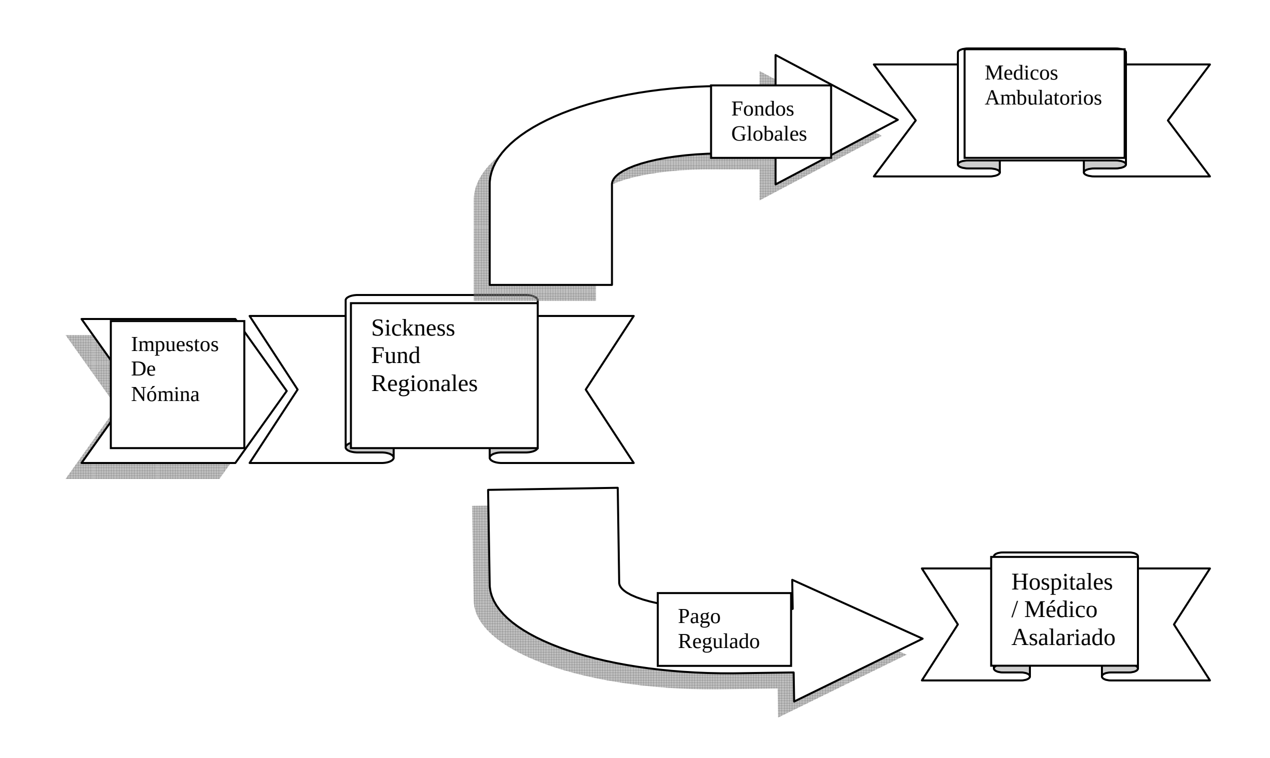


Financiamiento:

El sistema de financiamiento es por medio de impuestos federales, estatales, y locales (21%), contribuciones a los “sickness funds” (60%), co-pagos (11%), y seguro privado (7%). Las contribuciones a los “sickness funds” son por medio de impuestos de nómina en donde tanto el patrono como el empleado contribuyen el 7% de sus salarios. A mayor el salario, más bajo es el porciento del salario necesario para cubrir los gastos médicos (esto está cambiando y volviéndose mas equitativo). Aquellos “sickness funds” que tengan miembros con ingresos mas altos y menos necesidades de cuido deben devolver una porción de sus ingresos a un “pool” nacional. Estos fondos luego se distribuyen a otros fondos con miembros más pobres y enfermos.

El dinero recaudado (principalmente por los “sickness funds”) se les distribuye a las asociaciones de médicos regionales en la forma de fondos globales. Estas asociaciones a su vez pagan a los médicos de cuido ambulatorio (están requeridos a pertenecer a las asociaciones de médicos regionales; similar a IPA’s) en base de un “fee schedule”. El pago por servicios puede variar dependiendo del volumen de servicios (disminuye si el volumen es muy alto). A los hospitales se les paga por una metodología similar a los DRG’s en los Estados Unidos y en donde están incluidos los salarios de los médicos de hospitales.

Desde el 1995 se estableció el seguro de cuido prolongado en donde el patrono y el empleado aportan el 1.7% y el 0.85% respectivamente.



Control de Costos:

En el 1997, el gobierno central estableció el "Cost Containment Act". Por medio de esta acta, representantes de los proveedores de salud, los "sickness funds", empleados, uniones y de diferentes niveles del gobierno se reúnen dos veces al año para establecer guías sobre los pagos de los médicos, hospitales, y precios de farmacéuticos al igual que de otros suplidos. Una vez establecidas estas guías, ocurren negociaciones entre los "sickness funds" regionales, las asociaciones médicas, y los hospitales para entonces determinar estos pagos.

Siempre se ha estado claro que toda fuente que sea con fines de lucro (especialmente las aseguradoras) se deben dejar fuera de salud para poder disfrutar de los ahorros substanciales que ocurren en gastos administrativos, mercadeo, y facturación.

	2000	**2001**	**2002**
Gasto en salud como % del GDP	10.6	10.8	10.9
Gasto gubernamental en salud como % del total de gasto en salud	75.0	75.0	NA
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	17.3	16.6	NA

	2000	2001	2002
Per capita gasto total en salud (US$)	2,408	2,412	NA
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	25.0	25.1	NA
Total de gastos en farmacéuticos como % del total de gastos en salud	14.3	14.5	NA
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	36.1	36.1	NA
Pagos "out-of-pocket" Per capita US$	278	290	292
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos			74.8

Japón

Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad:

El sistema de salud Japonés es modelo del sistema Alemán. Consta de cuatro tipos de planes con las que se asegura una cubierta universal de salud a sus ciudadanos. Los planes no imponen restricciones en términos del médico o del hospital y no se requiere de pre-autorizaciones para uso de servicios médicos. A parte de que la población japonesa tiene cubierta médica y hospitalaria, también disfrutan de cubierta de seguro de cuido prolongado.

	2000	2001	2002
Mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)	3.3	NA	NA
Expectativa de vida	81.3	81.4	81.9
Expectativa de vida saludable	73.8	73.6	75.0
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	17.6	17.1	17.5
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	21.4	20.7	21.7

	2000	2001	2002
Cesarias por 1000 nacimientos vivos	NA	NA	NA

Gobierno y Estructura:

Las políticas de salud las establece el Ministerio de Salud y el sistema tiene el mayor contenido de burócratas políticos (nacional y local) de todas las naciones industrializadas del oeste. Las políticas desarrolladas e implementadas son por consenso en donde la profesión médica tiene el papel más importante.
En esencia hay cuatro tipos de planes de salud:

1. El Plan Nacional de Salud: Este plan cubre los desempleados, los de bajos ingresos, los viejos, y los de negocio propio. Este plan es administrado por una fuerte burocracia a nivel federal.
2. Plan de Sociedades de Benéficas manejados por el gobierno nacional: Es un plan que cubre compañías con menos de 700 empleados (cubre dependientes también). La membresía es obligatoria
3. Planes Privados de compañías grandes: Cubre compañías con más de 700 empleados (y sus dependientes). Hay cerca 1,800 de estos planes y el 85% son operados por una sola compañía mientras que el 15% restante son operados por dos o más compañías. La junta de directores de estos planes se componen por 50% representantes de los patronos y 50% de empleados. La membresía es obligatoria.
4. Asociaciones de Ayuda Mutua: Estos son un grupo de programas de seguro más pequeños que cubren empleados de gobierno, maestros, trabajadores de construcción, y otras categorías especiales.

Las personas que se quedan desempleadas no pierden los beneficios de su plan y todos los planes tienen que ofrecer una cubierta comprehensiva que incluye:

1. Servicios médico-hospitalarios
2. Farmacia
3. Cuido por maternidad
4. Cuido dental

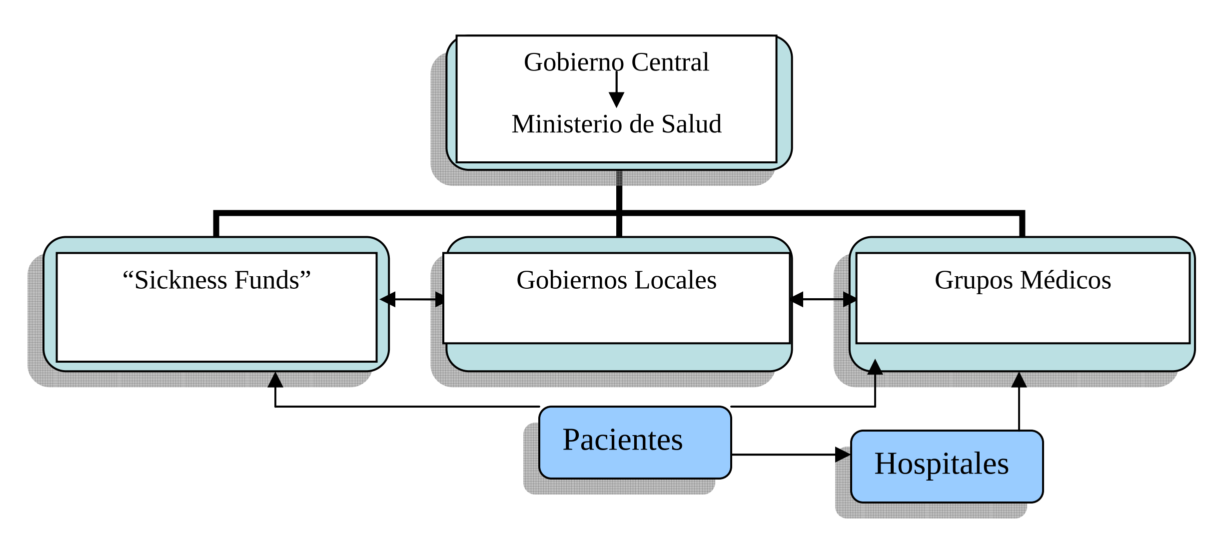
Además, como se había mencionado, hay un plan de seguro de cuido prolongado que cubre beneficios extensos especialmente para la población incapacitada. Los beneficios incluyen cuido en el hogar, manejo de casos, y servicios de cuido institucionalizados.

	2000	2001	2002
Densidad médica / 1000	1.9	NA	2.0
ALOS	NA	NA	NA

	2000	2001	2002
Altas (por 100,000 pobl)	NA	NA	11,219
Camas cuido agudo por 1000 población	NA	NA	NA

Es importante notar que el cuidado médico es en general de libre acceso a especialistas. Son pocas las organizaciones que utilizan el modelo de medicina primaria y "gatekeeper". Japón tiene la cantidad de camas hospitalarias más alta "per capita", tiene el número más alto de visitas médicas por año (12 a 15) y el número más alto de MRI's y CT's "per capita. Es también significativo notar que la estadía promedio intra-hospitalaria es de 33 días y el promedio de paciente vistos por día es de 66. Aunque el japonés se hospitaliza menos, cuando lo hace, se queda más tiempo que incluye tiempo de convalecencia.

El cuido médico se brinda en clínicas independientes (muchas tienen ala de cuidado intra-hospitalario), hospitales pequeños (IPD y OPD), y hospitales mas grandes (públicos y privados) que tienen una gama de especialidades y servicios y tienen "staff" de médicos asalariados. Los médicos son los dueños de la mayor parte de estas clínicas y hospitales pequeños y por ley, el CEO del hospital tiene que ser un médico.



Financiamiento:

El financiamiento para el sistema de salud nacional es por medio de una combinación de fondos públicos y privados. El Seguro Nacional de Salud es financiado por impuestos generales. Aquellos quienes tienen negocio propio contribuyen aportando a las primas. En los Planes Privados de Compañías Grandes, el financiamiento proviene de impuestos de nómina en donde el patrono aporta un 4.8% y el empleado aporta un 3.7%. El Plan de Sociedades Benéficas recibe su financiamiento también por medio de impuestos a la nómina. Las aportaciones se dividen equitativamente entre el patrono y el empleado y es

de un 4.25%. Las Asociaciones de Ayuda Mutua se financian por una combinación de impuestas de nómina y contribuciones gubernamentales. La mayoría de los planes requieren algún tipo de co-pago (20% en general y 10% para los viejos) de parte de los ciudadanos. Es por esto último que el 60% de las familias tienen seguro privado para cubrir estos tipos de gastos. Mitad del programa del seguro de cuido prolongado esta financiado por primas ajustadas al ingreso para personas mayor o igual a los 40 años de edad y la otra mitad es financiada por impuestos generales.

Los planes pagan a los médicos y a los hospitales por medio de pago por servicios (“fee-for-service”). El gobierno regula estos pagos, al igual que los precios de medicamentos, por medio del “Central Social Insurance Medical Council”. Este Concilio tiene representación médica, de los planes de salud, y del público. La Asociación Médica japonesa nomina a los representantes médicos que van para el Concilio. El sistema de pago por servicio funciona contrario al de los Estados Unidos ya que le paga más a los servicios de cuido primario que a los procedimientos quirúrgicos.

Control de Costos:

El control de costos en Japón se atribuye mayormente a una más estricta regulación de los pagos a los hospitales y a los médicos. También hay una regulación bastante estricta de los precios de medicamentos y a la cultura Japonesa de tratar de evitar cirugías (una tercera parte de las hechas en EU). Antes también se atribuía este control a la economía boyante que amortiguaba cualquier inflación en salud. Ahora que se entró en una recesión, y los gastos están incrementando, se están buscando mecanismos adicionales de control de costos como por ejemplo los DRG’s.

	2000	**2001**	**2002**
Gasto en salud como % del GDP	7.7	8.0	NA
Gasto gubernamental en salud como % del total de gasto en salud	77.7	77.9	NA
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	15.5	16.4	NA
Per capita gasto total en salud (US$)	2,890	2,627	NA
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	22.3	22.1	NA
Total de gastos en farmacéuticos como	18.8	NA	NA

	2000	2001	2002
% del total de gastos en salud			
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	39.0	38.9	NA
Pagos "out- of-pocket" Per capita US$		330	342
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos			68.3

Francia

Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad:

Al sistema Francés se le considera el mas complicado de la Unión Europea. Es una mezcla de la filosofía igualitaria (bien mayor para el número mayor) y la del liberalismo (libertad para perseguir intereses económicos y personales con mínima intervención del gobierno). El sistema fue modelado del sistema alemán y provee a amplios servicios de salud. Aunque se comparten costos ("cost sharing"), la cubierta del seguro nacional aumenta a medida que los costos de cuido suben y no hay deducibles. Los grupos mas necesitados son subsidiados (compensación demográfica) por los diversos fondos que componen este sistema nacional de salud.

Los beneficios básicos del plan de salud nacional incluyen:

1. Cuidado médico-hospitalario
2. Dental
3. Cuido en el hogar
4. Rehabilitación / "Spa"
5. Maternidad
6. Farmacia (incluye medicamentos homeopáticos)
7. Cuidado de la Visión

En Francia no hay percepción de que se les estén racionando servicios y la satisfacción del sistema de salud es alta.

	2000	2001	2002

Mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)	4.5	NA	NA
Expectativa de vida	79.1	79.3	79.7
Expectativa de vida saludable	70.7	71.3	72.0
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	16.6	16.1	16.5
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	19.4	19.1	20.3
Cesarias por 1000 nacimientos vivos	171.2	177.2	NA

Gobierno y Estructura:

Las políticas generales son establecidas por el gobierno central. Hay muchas negociaciones entre el gobierno central, el gobierno local, y la profesión médica.

El seguro nacional de salud (NHI) se compone de tres fondos:

1. CNAMT's: Estos seguros cubren a los trabajadores asalariados que constituyen el 85% de los residentes legales de Francia. También los CNAMT's administran siete fondos mas pequeños.
2. MSA's: Estos seguros cubren a los agricultores quienes son el 5% de los residentes legales.
3. CANAM's: Seguros que cubren a las profesiones independientes (7% de la población).
4. Hay cuatro fondos pequeños adicionales que cubren el 4% restante de la población.

Estos fondos del NHI son privados pero son supervisados por el Ministerio del Gobierno quien también se encarga de vigilar el sistema de seguro social francés. Los fondos a su vez tienen una red de fondos locales y regionales que funcionan como intermediarios fiscales (velan por fraude y abuso, proveen una gama de servicios al consumidor para sus beneficiarios y cortan los cheques para los profesionales aliados a la salud). La población que se retira o que queda desempleada queda automáticamente inscrita en el fondo de su profesión.

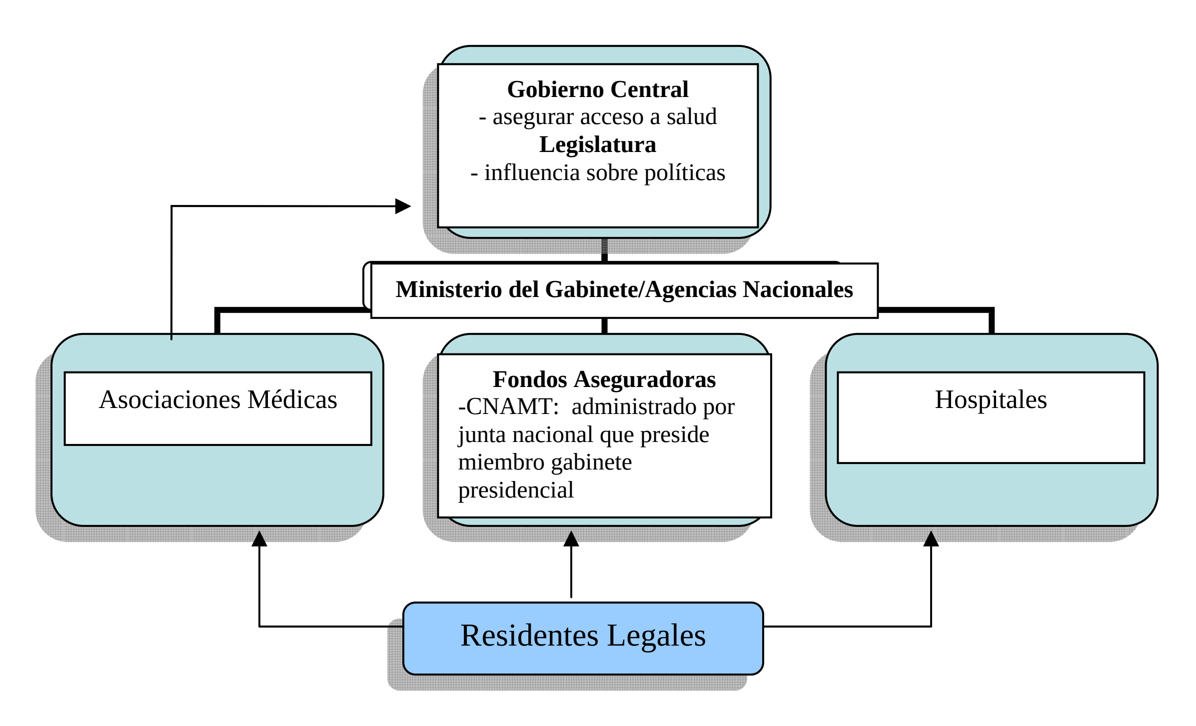
Aunque en el cuidado ambulatorio predominan médicos de tipo practicantes privados "solo", hay prácticas grupales privadas, centros de salud, y servicios de salud ocupacional. Los médicos gozan de gran autonomía en términos de practicar donde quieran, confidencialidad profesional, y libertad en su tipo de práctica clínica. En el sector público, hay programas de cuido de los niños y de

maternidad. Los pacientes tienen libre selección de sus médicos (primarios y especialistas) y están obligados a pertenecer a los fondos de su profesión. No existe el concepto de coordinadores de cuido ("gatekeepers"). El NHI cubre un amplio espectro de servicios básicos y los fondos no pueden incurrir en ciertas tácticas de mercado libre tales como manipulación de las primas o exclusiones por grupos de riesgo).

El cuido hospitalario ocurre predominantemente en los hospitales públicos (64% de las camas de cuido agudo) en donde se manejan los casos más complejos y es en donde se incluyen los hospitales de enseñanza. Este sector público también tiene cierto grado de monopolio con respecto a la educación médica y la investigación. Aunque los hospitales privados son el por ciento menor de las camas de cuidado agudo (36%), maneja el 64% de las camas quirúrgicas y el 32% de las siquiátricas. En el sector privado sin fines de lucro, se manejan el 44% de las camas de cuidado prolongado. Ha habido consolidaciones de los hospitales privados y algunos han expandido sus servicios para incluir cirugía cardiaca y radioterapia.

	2000	**2001**	**2002**
Densidad médica / 1000	3.3	3.3	3.3
ALOS	5.6	5.7	NA
Altas (por 100,000 pobl)	24,961	25211	NA
Camas cuido agudo por 1000 población	4.1	4.0	NA

Bajo el gobierno de Juppe, se establecieron nuevas agencias reguladoras de salud. Están las Agencias Nacionales de Salud Pública, la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de Salud (prepara los hospitales para los procesos de acreditación, establece guías de practica médica, y promueve diversos evaluaciones del sistema de salud) y una serie de Agencias Regionales de Hospitales (coordinan a los hospitales públicos y privados y alocan sus presupuestos).



Es interesante ver que el número de personal por cama en los hospitales en Francia es 67% menos que en los EU. Esto puede reflejar un cuido mas técnicamente sofisticado e intenso pero también necesidad de menos personal clerical envueltos en tareas como facturación y recobro, UR y QA, y documentación médica de procedimientos.

Financiamiento y Control de Costos:

El 51% del NHI es financiado principalmente por impuestos a la nómina a los patronos y por medio de una contribución general social que equivale al 5.5% de todos los salarios y otras fuentes de ingresos (inversiones). Otras fuentes de financiamiento incluyen impuestos de nómina a los empleados (3.4%), impuestos especiales para automóviles, tabaco, y alcohol (3.3%), impuestos a la industria farmacéutica (0.9%), y subsidios de los estados (4.9%).

En términos de los gastos totales de salud, el 75.5% es financiado por fondos del NHI, el 12.4% por cubierta suplementaria de seguros privados, y el 11.1% de dinero en efectivo ("out of pocket").

A los médicos en practica privada y en los hospitales privados se les paga una tarifa basado en un listado de tarifas ("fee Schedule") nacional. El paciente le paga al médico en efectivo y luego es reembolsado por su fondo de seguro de salud local.

Los hospitales privados se les pagan por medio de un "Per Diem" negociado y un pago por servicios para ciertos servicios selectos. A los hospitales públicos se les paga por medio de un presupuesto anual global que se negocia cada año entre los hospitales, agencias regionales, y el Ministerio de Salud.

Los medicamentos por receta son pagados por medio de unas tarifas establecidas por una comisión que incluye representantes de los Ministerios de Salud, Finanzas, y de la Industria.

Aunque los pacientes pagan unos co-pagos altos (25%), cuando se ponen más enfermos su cubierta de salud mejora sin tener que pagar más dinero en efectivo. Además, pacientes pueden cualificar para exención de pagos si:

1. Gastos exceden los $100 dólares
2. Estadía hospitalaria excede los 30 días
3. Paciente sufre de enfermedades serias, debilitantes, y crónicas
4. El ingreso del paciente está por debajo de un mínimo; lo cualifica para seguro suplementario

	2000	**2001**	**2002**
Gasto en salud como % del GDP	9.4	9.6	9.7
Gasto gubernamental en salud como % del total de gasto en salud	77.7	77.9	NA
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	13.4	13.7	NA
Per capita gasto total en salud (US$)	2,067	2,109	NA
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	24.2	24.0	NA
Total de gastos en farmacéuticos como % del total de gastos en salud	20.9	20.8	NA
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	41.7	41.3	NA
Pagos “out-of-pocket” Per capita US$	254	263	268
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos			67

Conclusión y Discusión

En la Introducción de este trabajo, se mencionó que entre los factores determinantes de una implantación exitosa de un modelo alterno de salud es la cultura prevaleciente. En los países Europeos discutidos (al igual que en Japón y Canadá) existe una cultura de igualdad ("egalitarian") en donde el bien de la mayoría sobrepasa al bien del individuo. Aún en Francia en donde hay gran nivel de liberalismo, existe también esta cultura de igualdad. En los Estados Unidos existe una cultura basada en el capitalismo y del concepto de Justicia del Mercado. En este concepto, los servicios de salud siguen las fuerzas del mercado libre en donde el cuido se distribuye de acuerdo a la habilidad de pagarla y en donde el bien del individuo es superior al bien de la comunidad o de la población en general (excepto con los seguros de salud sociales de Medicare Medicaid, y SCHIPS). Puerto Rico a experimentado el modelo Norteamericano de salud por décadas y desde el 1992 desarrolló el sistema de cuidado de la población de Medicaid que se llamó la Reforma. En este modelo, la población existente de Medicaid pasó a manos de compañías privadas (Humana, SSS, MCS, COSVI) para que los administraran. Esto sigue las ideologías de Justicia del Mercado.

En los modelos estudiados se notan estructuras políticas tipo unicameral y parlamentario. Esto facilita el proceso de cambios ya que el partido prevaleciente automáticamente adquiere la mayoría. En los Estados Unidos y en Puerto Rico está el sistema bicameral que hace que se alarguen los procesos evaluativos y decisionales de tal forma que cambios mayores socio-económicos tardan un promedio de 5 a 7 años hasta que se firman y se implementan.

Siguiendo la teoría de las corrientes necesarias para efectuar un cambio en Puerto Rico podemos decir que:

1. Corriente de Problema: Se pueden definir una serie de problemas serios de acceso a servicios de los pacientes de Reforma y los no-asegurados, problema de acceso y cuido de pacientes de salud mental y de los drogadictos, insatisfacción de los hospitales y médicos con la Reforma y otras compañías de seguro en PR, incremento en gastos administrativos de los médicos y de los hospitales, privatización de hospitales y los CDT's, deterioro de la infra-estructura de las instalaciones publicas (Centro Médico de Rió Piedras), pérdida de acreditación de muchas residencias y éxodo de profesionales de la salud al extranjero (especialmente a los EU).

2. Corriente Política: El cambio de Administración reciente (aunque del mismo partido que del anterior) muestra un deseo a re-evaluar el sistema de salud formando una Comisión con este propósito. El Senado también está en proceso de formar una Comisión paralela para evaluar el sistema de salud. La Asociación Médica de Puerto Rico a entregado recientemente una

propuesta sobre un nuevo sistema de salud, y la prensa de PR a escrito numerosos artículos sobre los problemas de salud.

3. Corriente de Desarrollo de Políticas: Con el desarrollo de las Comisiones de Salud para evaluar el sistema y con las propuestas de la Asociación Médica al igual que las propuestas de los nuevos modelos de salud en las plataformas de los partidos políticos esto nos dice que esta corriente existe y es favorable.

Ya que en Puerto Rico seguimos el modelo Norteamericano, ¿cómo compara en términos de los indicadores evaluados para las otras naciones?

Calidad de Servicio, Acceso, y Equidad:

	EEUU	**Inglaterra**	**Canadá**	**Alemania**	**Japón**	**Francia**
Mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)	7.2	6.0	5.1	4.4	3.3	4.5
Expectativa de vida	77.3	78.2	79.8	78.7	81.9	79.7
Expectativa de vida saludable	69.3	70.6	72.0	71.8	75.0	72.0
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (hombre)	15.3	15.7	16.1	15.9	17.5	16.5
Expectativa de vida saludable a edad de 60 años (mujer)	17.9	18.1	19.3	19	21.7	20.3
Cesarias por 1000 nacimientos vivos	261	220	222.3	220	NA	177.2

Como pueden ver, la ejecutoria de los EU estuvo por debajo de todas las naciones en términos de estos indicadores poblacionales de calidad. El modelo de prestación de servicios de salud de los EU es uno disperso en donde se concentran los médicos e Instituciones hospitalarias en las áreas urbanas muchas veces dejando desprovistas ciertas áreas rurales. El sistema de “Managed Care” a contribuído a la dispersión de cuidado debido a paneles cerrados de médicos y de hospitales que hacen que pacientes a veces tengan

que viajar distancias largas para su cuido. Otro problema de los MCO's es el concepto de "cost shifting". Cuando le suben a las compañías los costos de cuidado, entonces compensan subiéndole los costos a sus cadena particular de distribución que incluye a los pacientes (aumento en los co-pagos, deducibles). La consecuencia es que dejan de acudir a evaluaciones médicas. Por medio de la selección por riesgo ("risk selection"), estas compañías o excluyen poblaciones con ciertas condiciones médicas pre-existentes o les suben los co-pagos o las primas.

Debido a la complejidad administrativa introducida por estos MCO's (Pre-certificaciones, autorizaciones, UR, QA), problemas actuariales en los ajustes de los "capitations" al igual que por los "fee for service" cada vez mas descontados, muchos médicos y en particular especialistas se han quitado de los paneles de proveedores creando problemas de acceso y calidad de cuidado a los pacientes. El "capitation" y el modelo de "gatekeeper" en los EU ha creado un incentivo negativo para referir que en algunos ocasiones a ocasionado mayor morbilidad y mortalidad. También es importante mencionar que la mayor parte de los MCO's son con fines de lucro. Al tener que responder a sus accionistas y al tener que mercadear sus productos, incurren en unos gastos administrativos altos. Si a esto se les suman los gastos de mercadeo al igual que las bonificaciones e incentivos marginales de sus ejecutivos, el porciento del presupuesto disponible para el cuidado médico disminuye significativamente. En las naciones estudiadas, virtualmente todas incluyen reglamentaciones que no permiten las tácticas mencionadas anteriormente. Todo lo contrario, al subir los costos de cuidado del paciente, disminuyen sus aportaciones económicas y suben los beneficios. Además, tanto los "sickness funds" (Alemania, Japón, Francia) como los seguros provinciales en Canadá son entidades sin fines de lucro. Cuando un ciudadano en una de estas Naciones queda sin empleo, su membresía en su plan continúa o queda cubierto por otro plan. En los Estados Unidos, en la mayor parte de los planes médicos no hay esta transferencia de elegibilidad. Solo en Inglaterra es que el referido de pacientes a especialistas está estrictamente en las manos de los médicos primarios (a menor grado en Canadá y Alemania y libre acceso en Francia y Japón).

Por último, en Alemania, Japón, y particularmente Francia, hay una cubierta mínima que los planes médicos tienen que ofrecerle a sus miembros y tienden a ser más abarcadoras. En los EU, hay mucha variabilidad en las cubiertas de los planes.

Gobierno y Estructura:

	EEUU	**Inglaterra**	**Canadá**	**Alemania**	**Japón**	**Francia**
Densidad médica / 1000	2.4	2.1	2.1	3.3	2.0	3.3
ALOS	5.7	6.9	7.3	11.6	NA	5.7

	EEUU	Inglaterra	Canadá	Alemania	Japón	Francia
Altas (por 100,000 pobl)	9,808	24,669	9,057	20,060	11,219	25,211
Camas cuidado agudo por 1000 población	2.9	3.9	3.2	NA	NA	4.0

En los EU, la influencia del gobierno central sobre la práctica médica, las compañías de seguros, y de los hospitales ha sido relativamente laxa y el gobierno presente promueve mayor descentralización de poder. Si establece políticas generales, fiscaliza y asigna los fondos a sus planes sociales de Medicare y Medicaid pero recientemente está delegando la función administrativa de estas a compañías con fines de lucro de tipo “HMO”. De los modelos alternos estudiados, los de Inglaterra y Canadá mantienen una estructura Federalista (central o provincial) mientras que Alemania y Japón tienen un modelo descentralizado, y Francia se mantiene en un estado intermedio (políticas generales establecidas a nivel central pero bastante autonomía y negociaciones de parte de los accionistas principales). Aun los países que mantienen un modelo descentralizado tienen establecidos los mecanismos de fiscalización en términos de acceso, equidad e universalidad de los servicios de salud.

En los EU impera el sistema disperso de cuido (similar a Alemania) en donde hay pobre coordinación entre los médicos primarios, los especialistas, servicios públicos tipo CDT’s, los hospitales públicos y los privados en términos de su distribución (por área geográfica y necesidad), su volumen (por área y necesidad), y la cantidad y tipo de tecnología disponible.

Las organizaciones tipo “MCO” dominan cerca del 90% del mercado de las aseguradoras en los EU. Estas organizaciones son predominantemente con fines de lucro y tienen de modelo el sistema de “gatekeeper” o el sistema de acceso libre a médicos (especialistas y primarios) pero por medio del modelo de “PPO” (panel exclusivo de proveedores y hospitales). En los modelos alternos estudiados, ninguno delegó el manejo de los fondos para proveer cuidado de salud a compañías con fines de lucro. Aun en el sistema inglés en donde los médicos primarios coordinan los referidos a los especialistas, su presupuesto no esta afectado por el referido.

En los EU hay proporcionalmente menos médicos primarios que especialistas mientras que en todos los modelos alternos estudiados, la razón de médicos generalistas / primarios a especialistas es mayor que el 50%. Aunque tradicionalmente en los EU, los médicos trabajaban en prácticas individuales,

con el incremento en costos para practicar la medicina y la complejidad administrativa creada por los MCO's, se han unidos en grupos tipos IPA's (y mas recientemente "GPWW's") con la finalidad de disfrutar de las economías de escala, mayor capacidad de negociación de contratos, poder disfrutar del auto-referido para ciertas líneas de servicios, y para disminuir los gastos administrativos operacionales. De las naciones estudiadas, solo Francia y quizás Japón todavía tienen representación significativa de médicos que practican solos. La finalidad de los médicos en estas naciones de unirse en grupos es más bien para manejar el presupuesto asignado, poder fiscalizarse mejor, y poder proveer un cuidado mas coordinado. En Puerto Rico existen todavía muchos médicos practicando solos pero la Reforma parece haber contribuido al desarrollo de los IPA's. Tanto en los EU como en los modelos de Alemania, Francia, y Japón, la profesión médica goza de autonomía profesional en términos de tipo de práctica y su ubicación (esto es relativo en los EU debido a los paneles cerrados de proveedores y de pacientes de los MCO's en su área).

En los EU, la mayoría de los hospitales de cuidado agudo son privados pero sin fines de lucro. Sin embargo, la fiscalización de estas Instituciones en términos de proveer un porciento razonable de cuido no-compensado a la comunidad no ha sido la más efectiva. Están surgiendo competencias de Hospitales Especializados y de los Centros de Cirugía Ambulatoria que se dice están llevándose aquellos pacientes que más márgenes les traen. Además, están teniendo crisis en términos de suplido de enfermeras y otro personal aliado a la salud, ciertos especialistas y cirujanos (riesgo médico-legal, escasez de oferta de graduandos jóvenes). Además están los altos costos de la tecnología, el incremento en la población mayor de 65 años que aumentan los costos de manejo, y el incremento en gastos de personal dedicadas a las tareas administrativas de codificación, facturación, UR y QA.

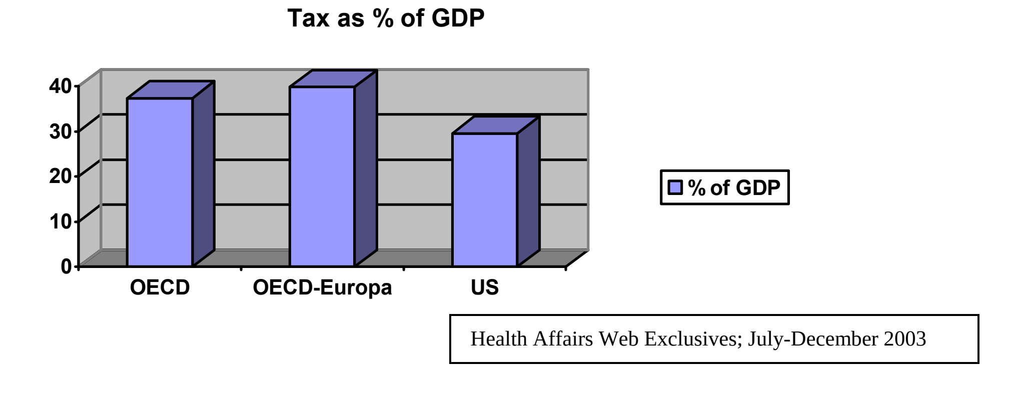
En Puerto Rico se les suma a esto el éxodo de personal de enfermería y médicos a los EU. Es interesante ver que en la mayoría de las naciones estudiadas, hay una separación entre los médicos que hospitalizan (en Inglaterra solo especialistas hospitalizan) pero no tienen práctica privada y los de cuidado ambulatorio quienes en general no-hospitalizan (excepción notable es Japón). Mas notable aún es ver que en Japón, los médicos son los dueños de la mayoría de los hospitales y por ley tienen que ser el CEO. Esta estructura de práctica médica facilita que cada cual de los dos grupos (práctica ambulatoria y la de hospital) provea un cuido más eficiente.

La estructura del sistema de salud en EU cuenta con el 15% de la población (13.5 millones) que no está asegurada y de unos programas de cubierta de seguro de salud social (Medicare y Medicaid) que tienen lagunas ("gaps") significativas. También cuenta con que debido a los aumentos de doble dígitos de las primas de los seguros de salud, cada vez mas patronos (aseguran cerca sobre el 50% de la población) o están dejando de cubrir a sus empleados o les están pasando mas costos de su cubierta.

Financiamiento:

En los EU, los planes sociales de Medicare, Medicaid y SCHIPS son financiados por impuestos a nivel federal, estatal y los del seguro social. Los patronos financian el plan de salud a cerca del 60% de la población norteamericana. Debido al aumento en los costos de las primas, los empleados están teniendo que aportar más dinero. Esto causa que muchos trabajadores dejen su seguro de salud por no poder aportar el dinero que les corresponde de la prima. El 85% del los no-asegurados están en familias en donde el jefe de familia es un trabajador. A los médicos los MCO's les pagan ya sea por "capitation" o por un "fee for service" descontado. Cuando forman parte de los modelos de tipo "staff" o grupal, pueden estar asalariados.

En las naciones estudiadas, las aportaciones a los diversos planes de salud nacional vienen ya sea por medio de los impuestos federales (Inglaterra), de una combinación de impuestos federales y provinciales (Canadá), de las deducciones de la nómina (Alemania, Japón, Francia) y de otros tipos de impuestos y subsidios. De las naciones en el OECD, los EU es la más baja en términos de impuestos como porciento del producto domestico bruto (GDP):



Health Affairs Web Exclusives; July-December 2003

Lo importante es que todos han establecido los mecanismos para cubrir a los que quedan desempleados o que cambian de trabajo (contrario a los EU). A los médicos se les paga ya sea por "capitation" (PCP's en Inglaterra), "fee for service", o salario (médicos de cuido ambulatorio, especialistas y médicos de hospitales).

En EU los hospitales privados se les paga por medio del sistema de DRG's y APC's para la población de Medicare y por medio de Per Diems para los otros planes privados. En las otras naciones estudiadas, a los hospitales se les paga por medio de un presupuesto global (Inglaterra, Canadá), un sistema similar a los DRG'a (Alemania), "fee for service" (Japón), y Per Diems como ocurre en Francia.

Control de Costos:

EU es la nación industrializada que más gasta en sus servicios de salud y sin embargo es la que ofrece menos calidad de servicio a nivel poblacional. Aunque se habla de racionamiento (especialmente en Inglaterra y Canadá), los modelos estudiados mantienen control en sus costos aún teniendo más hospitalizaciones, estadías hospitalarias mas largas, mayor número de camas de cuidado agudo y más visitas médicas (2 ½ más visitas al médico).

	EEUU	**Inglaterra**	**Canadá**	**Alemania**	**Japón**	**Francia**
Gasto en salud como % del GDP	14.6	7.6	9.6	10.9	8.0	9.7
Gasto gubernamental en salud como % del total de gasto en salud	44.4	82.2	70.8	75.0	77.9	77.9
Gasto gubernamental en salud como % del total del gasto gubernamental	17.6	15.4	16.2	16.6	16.4	13.7
Per capita gasto total en salud (US$)	5,267	1,835	2,792	2,412	2,627	2,109
Gasto privado en salud como % del total de gasto en salud	55.6	17.8	29.2	25.1	22.1	24.0
Total de gastos en farmacéuticos como % del total de gastos en salud	**12.8**	15.8	16.6	14.5	18.8	20.8
Total de gastos de cuido intra-hospitalario como % del total de gastos en salud	**27.6**	NA	28.8	36.1	38.9	41.3
Pagos "out- of-pocket" Per capita US$	737	NA	445	292	342	268
Financiamiento público como % gastos farmacéuticos	19.5	NA	37.6	74.8	68.3	67

Es interesante notar como en los EU los gastos “del bolsillo” de los pacientes al igual que los gastos totales per capita en general duplican los de las naciones estudiadas. Además, se nota la carga adicional de los gastos por drogas en donde con la excepción de Canadá, el financiamiento publico es dos a tres veces mayor que en los EU. Sin embargo en los EU los gastos farmacéuticos y los gastos intra-hospitalarios como porciento de los gastos totales en salud son menores. En Canadá, farmacia, terapia física, y cuido en el hogar no tienen que estar cubiertos por fondos públicos al darse de alta los pacientes (algunas provincias asumen esta cubierta mientras que otras no).

Las diferencias en términos de la efectividad en controlar los gastos de salud pero sin afectar la calidad de cuido a nivel poblacional se atribuyen a las siguientes razones:

1. Regulación de pago a los médicos y los hospitales: Esto ocurre por medio de cambios en los presupuestos globales, “fee schedules” establecidos a nivel central, y pagos tipo DRG (Alemania).

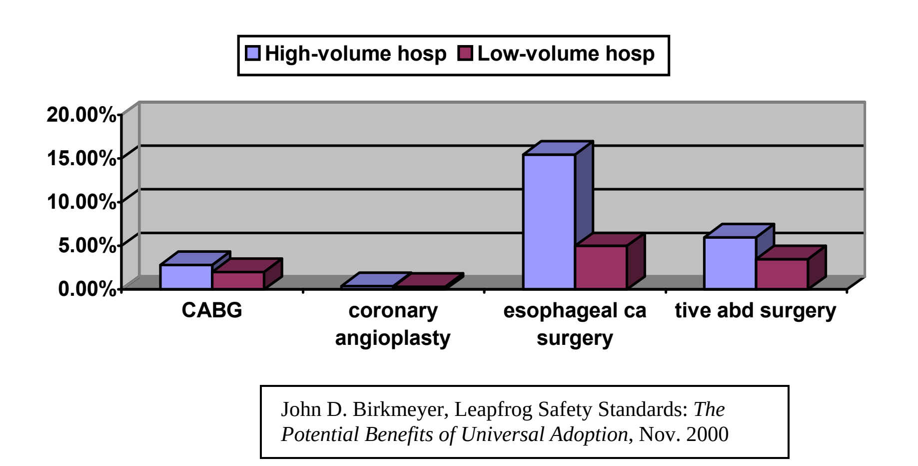
2. Razón optima de médicos primarios a generalistas: En todas las naciones estudiadas, la razón de médicos primarios a especialistas es más de un 50%. Es tanta la importancia de tener un volumen adecuado de PCP’s que en Japón, los médicos primarios tienen tarifas más altas por servicios prestados que los que se le paga a muchos procedimientos quirúrgicos y radiológicos. Estudios han demostrado que PCP’s pueden manejar efectivamente el 80% de los casos mientras que el otro 20% los manejan mas eficientemente los especialistas. En general, los gastos de manejo por condiciones similares son mayores cuando los proveen especialistas.

3. Lugar de práctica médica: En Inglaterra hay control sobre el número de consultantes y del lugar en donde los médicos pueden practicar (ambulatorio vs. hospital). En general se ha mantenido el patrón de médicos de cuidado ambulatorio que no hospitalizan y los médicos especialistas que trabajan primariamente en los hospitales (en Canadá los médicos de familia pueden hospitalizar pacientes pero esto es menos frecuente que en los EU) y quienes por lo general son asalariados. Esto va con el concepto de tener el mejor preparado en el lugar óptimo para que el cuidado sea más eficiente y de mayor calidad. También, cuando se esta asalariado no hay tanto incentivo en sobre-utilizar recursos. En este sentido es interesante la tendencia actual en los EU de contratar hospitalistas para el cuidado intra-hospitalario.

4. Sistema regionalizado de cuidado y control de tecnología: El sistema regionalizado de cuidado óptimo es aquel en donde las condiciones más comunes y de menor intensidad son tratados por los médicos primarios quienes establecen sus prácticas en áreas de mayor necesidad. Las condiciones severas son tratados por especialistas en los hospitales secundarios (terciarios) y las más complejas se manejan en hospitales supra-

terciarios y los de enseñanza. Los procedimientos y el equipo de más alta tecnología están limitados a ciertas facilidades. Aunque ningún sistema a podido lograr el modelo óptimo de cuidado regionalizado, Inglaterra y Canadá son los que más se acercan. Japón tiene mas CT's y MRI's per capita que los EU mientras que Francia tiene más equipo de terapia de radiación.

Estudios han indicado que cuando se realizan procedimientos más complejos en centros que tienen alto volumen de estos casos (más experiencia en el cuido), hay menos complicaciones y mortalidad.



John D. Birkmeyer, Leapfrog Safety Standards: *The Potential Benefits of Universal Adoption*, Nov. 2000

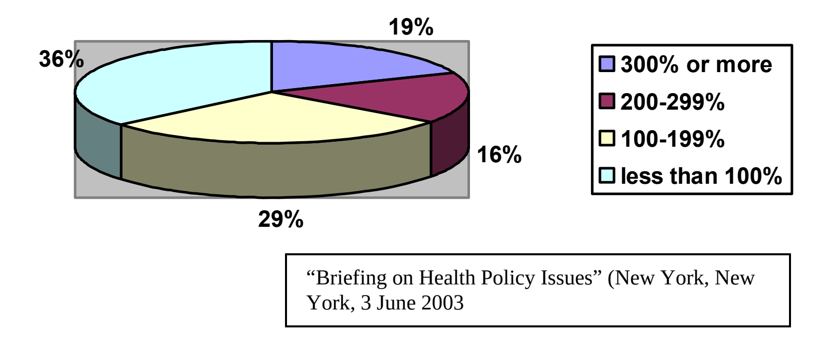
Como se nota, en estos países estudiados, se controlan los costos más por la línea de suplidos que por la de demanda (ej. co-pagos).

5. Control de gastos administrativos: En los EU, se estima que los gastos administrativos consumen el 31% del presupuesto para el cuidado médico. En las naciones estudiadas, estos gastos fluctúan entre el 10% o menos. Como se mencionó, las organizaciones tipo MCO, al ser la mayoría con fines de lucro, crean un incremento en gastos para los médicos y los hospitales envueltos. Los proveedores de salud en estas naciones, aunque tienen ingresos mas bajos que el médico promedio norteamericano, su ingreso neto es mas alto.

6. Control de farmacéuticos: La industria farmacéutica en estas naciones es más regulada que en los EU. Hay controles establecidos en términos de sus márgenes de ganancia, precios, y gastos administrativos. En los EU, el margen de ganancia de esta industria es de 19%. El porciento de su gasto dedicados a R&D es relativamente bajo (11%) y el porciento dedicado a mercadeo y administración es de un 34%. Los precios de los medicamentos en los EU son en promedio 50% más altos que en las naciones estudiadas. Además, el tiempo de protección por patente es de 20 años.

Igual que en el caso de las compañías tipo MCO, es difícil regular y auditar la industria farmacéutica en los EU.

Si uno se pregunta que tipo de modelo de salud seria mas viable para nuestra Isla, tenemos que tener claro la misión y, como se ha mencionado, la política y cultura prevaleciente. Si nuestra misión es el de desarrollar un plan realmente universal de salud, se tendría que ofrecer acceso a unos servicios de alta calidad a todos los ciudadanos sin que incurran en situaciones financieras serias por utilizarlos. En los Estados Unidos, todo parece sugerir que el gobierno actual no esta inclinado al desarrollo de un plan universal de salud sino el de aumentar su acceso por medio de “Health Savings Accounts” con cubierta catastrófica y “Tax Credits”. Se estima que esta iniciativa le aumentaría el acceso a planes de salud a alrededor del 15% de los 45 millones de norteamericanos no-asegurados. Si uno ve la distribución de los no-asegurados como porciento del nivel de pobreza federal, se nota lo siguiente:



“Briefing on Health Policy Issues” (New York, New York, 3 June 2003

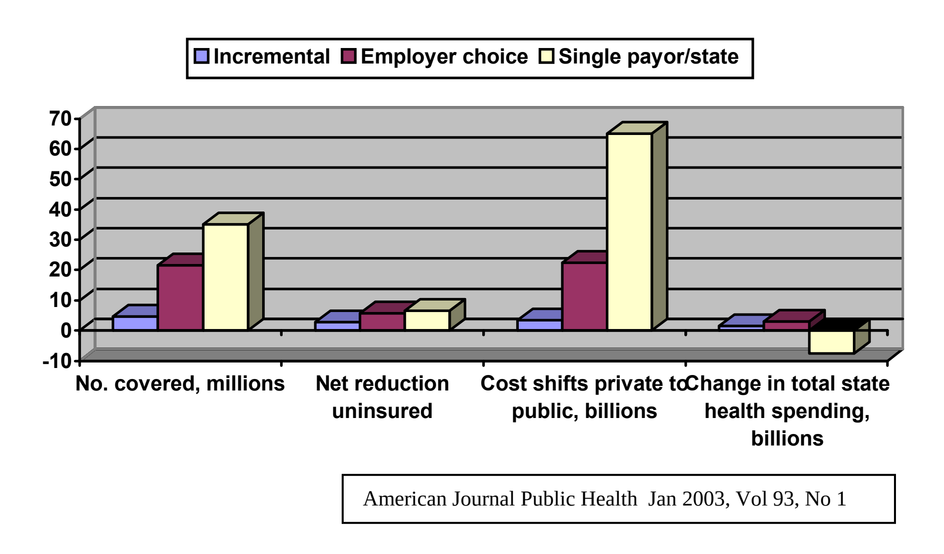
Es interesante ver que cuando se analizo esta data (del año 2001), el ingreso de 300% sobre el nivel de pobreza representaba $42,384 para una familia de tres. Este seria el subgrupo quienes se entiende pudieran utilizar los HSA’s o “tax credits” solo si los seguros se ofreciesen a primas comparables a aquellas ofrecidas a grupos grandes. Las familias con ingresos menos de 300% del nivel de pobreza dependerían más de subsidios de sus patronos para su cubierta de salud.

En términos de la cultura prevaleciente, en los EU predomina el individualismo y no la igualdad (“egalitarianism” donde el bien de la mayoría se sobre impone al bien del individuo). Esto dificultaría procesos en donde individuos o compañías que tienen más subsidien a los que tienen menos. En los sistemas alternos de salud estudiados predomina la cultura egalitariana.

El profesor Ewe E. Reinhardt (suplemento en “Heath Affairs Web Exclusive; July-December 2003) entiende que por las razones mencionadas, entre otras, no hay mucha esperanza de un plan universal de salud en el futuro inmediato en los EU. En este articulo el Dr. Reinhardt menciona que los gastos reales de cuido de

pacientes no-compensados (considerando aquellos que son realmente incrementales) no son realmente tan altos como se han estimados.

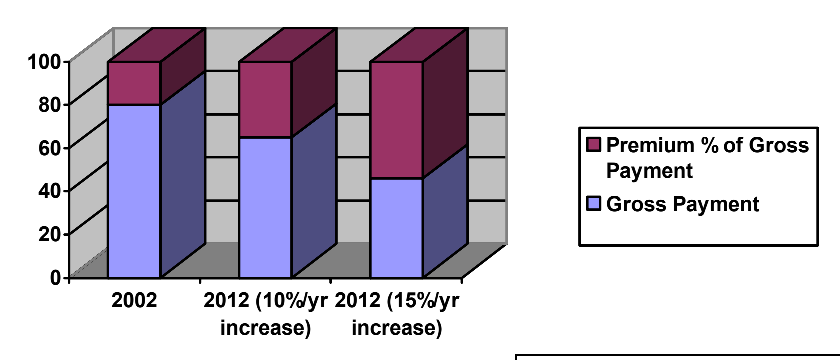
Para el año 2002, el gobierno norteamericano le concedió a varios estados unos “grants” para evaluar y recomendar una estructura alterna de salud que incluyese una cubierta universal. En el caso del estado de California, subcontrataron dos agencias quienes luego de recopilar y analizar data y participar en vistas públicas cubriendo todas las regiones del estado, hicieron una serie de proyecciones que se resumen como sigue:



American Journal Public Health Jan 2003, Vol 93, No 1

De los modelos desarrollados, el del “pagador único” fue el que más ahorros proyecto, cubriendo más personas, y reduciendo más el número de no-asegurados. El modelo de expansión de cubierta tuvo la peor ejecutoria de los tres sistemas.

Sobre un modelo de cubierta de salud universal financiado principalmente por patronos, hay dos puntos que hay que mencionar. El primero es que (como se menciono anteriormente) los trabajadores de ingreso bajos no son los necesariamente mas atractivos para patronos ya que tienden a poseer menos destrezas, ser menos especializados y productivos. Ellos estarían menos dispuestos a subsidiar esta población que a aquellos empleados mas diestros y productivos. El segundo punto es que en los EU, en el año 2002, el costo promedio de una prima de salud para los patronos estaba alrededor de los $8,000. Este gasto representaba cerca del 20% de los salarios y beneficios pagados por los patronos a sus empleados. Asumiendo inflación de precios, aumentos anuales por productividad al igual que aumentos promedio de 10% por año en el precio de estas primas, en 10 años este costo representaría el 35% de los salarios y beneficios (54% con aumentos en primas de 15%/año).



Health Affairs Web Exclusives; July-December 2003

En el artículo titulado “Change for Challenging Times: A Plan For Extending and Improving Healthcare Coverage” Jeanne M. Lambrew et al discúten sobre un modelo de simplificación y expansión de Medicaid y la creación de un sistema de seguros para empleados (basado en el modelo del “Federal Health Benefits Program”) que sería financiado por un fondo de seguro nacional. Este plan estaría disponible para todo empleado que no esté asegurado. Otro punto importante de esta propuesta es el enfoque en el valor de cuidado. Los autores proponen crear un sistema de promoción de salud, medicina preventiva y de mejoras en el sistema de información para capturar data sobre análisis de costo-efectividad de tratamientos. También proponen crear un fondo para facilitar la inversión en cierta tecnología de información que han probado mejorar la calidad y eficiencia de cuidado y de reducir el potencial de errores médicos (CPOE, EMR’s, ADU’s). Para poder financiar estas iniciativas sugieren el desarrollo de un impuesto pequeño tipo IVA.

En el artículo titulado “Redefining Competition in Healthcare” Michael Porter et al sugieren que el modelo actual de salud está basado en estrategias competitivas que no añaden valor (todo lo contrario) al servicio prestado. Los autores sugieren que la competencia se debería basar en proveer el mayor “valor” de servicio en los niveles de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Es interesante que Medicare está ofreciendo incentivos por cumplir con ciertos indicadores de calidad de manejo para ciertos DRG’s. Esto pone a uno a pensar en el viejo refrán que “*calidad no cuesta sino que paga”.*

¿La pregunta que nos hacemos en Puerto Rico es si estamos listos para un cambio fundamental en nuestro sistema de salud y si lo estamos, cual sería el modelo óptimo? Las corrientes de cambio descritas anteriormente son favorables. Si asumimos que nuestra cultura y política es similar a la norteamericana, entonces seria muy difícil que se adoptasen estrategias de cubrir los no-aseguradoes por medio de un plan nacional de salud de tipo “single payor” o de que el financiamiento de esta población sea primariamente por aportaciones de nuestros patronos. Se vislumbran las siguientes alternativas:

1. Sistema actual con expansión de servicios y mayor responsabilidad individual (´´consumer directed´´) para cubrir mayor número de no-asegurados:
    - Medicaid a 300/400% nivel de pobreza
    - “Tax credits”, “Health Savings Accounts” con cubierta catastrófica
2. Sistema actual y buscar mayor aportación de patronos (contribuciones definidas)
3. Sistema actual más plan nacional de salud para cubrir los no-asegurados
4. Sistema Nacional de Salud de tipo “single payor”

Irrespectivo del sistema que se considere, hay ciertas consideraciones que se deben de tomen en cuenta para asegurar su mayor éxito y solvencia:

1. Sistema de financiamiento alterno (impuestos generales, impuestos a alcohol, cigarrillos, equipo de lujo, IVA) para ayudar a sufragar gastos incrementales de implementación o expansión de programas. El IVA es particularmente interesante en el sentido de que somos una Isla con una población altamente consumerista y en donde se entiende que hay una economía subterránea sustancial.

2. Inversión en tecnología de información para capturar data esencial, crear mayor eficiencia de procesos, para iniciativas de “Quality Improvement”, monitoreo y reducción de errores.

3. Aportar mas dinero destinado a iniciativas de salud publica (lo que mas ahorros va a proveer a largo plazo).

4. Asegurar fondos para mantener “safety nets” para poblaciones que aun queden desprovistos de cubierta de plan de salud; hospitales públicos / enseñanza, Centros de Salud de la Comunidad y Centros de Cuido Prolongado.

5. Enfatizar control de costos por medio de la cadena de suplido más que por la de demanda.

6. No utilizar compañías con fines de lucro y si se usan como intermediarios poner límites claros y auditables relacionados a sus gastos administrativos y las compensaciones de sus ejecutivos y accionistas.

7. Establecer cubiertas de servicios de salud que sean abarcadores y basadas en lo último de la evidencia médica y los estándares de cuido. La cubierta debe de aumentar con la complejidad y severidad del paciente y si hay co-pagos, deben de ser ajustados por el nivel de ingreso.

8. El sistema de salud debe de enfatizar el valor de cuido en donde el énfasis y parte de la compensación de los proveedores debe de estar relacionados a

cumplimiento de indicadores de calidad de manejo y estrategias de prevención primaria y secundaria.

9. Si se utiliza el modelo de “gatekeeper”, debe de haber un presupuesto asignado a los médicos primarios y otro a los especialistas y hospitales. No deben de existir incentivos económicos de no-referir.

10. Se deber de establecer unos foros anuales en donde representaciones de grupos médicos por regiones al igual que de hospitales negocien sus tarifas para la provisión de servicios de salud. Esto es común en los modelos estudiados.

11. También se debe establecer Institutos a nivel de gobierno central que monitoreen calidad y costo-efectividad de manejo y establezcan guías de manejo con lo último en evidencia médica y calidad. Tendría representación de la academia, la práctica clínica, la Asociación Medica y otras sociedades médicas, entre otras.

CAPITULO IV
RESUMEN EJECUTIVO INFORMES DE LOS COMITÉS PERMANENTES

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta los resúmenes ejecutivos de cada uno de los informes de los Comités Permanentes de la Comisión. Éstos fueron elaborados por los propios Comités, a la luz de los trabajos que llevaron a cabo.

Un punto aclaratorio importante, es que las recomendaciones y propuestas de cambio planteadas en estos resúmenes ejecutivos y en los propios informes de los Comités, no fueron todas aprobadas por la Comisión. Las conclusiones y recomendaciones de la Comisión en pleno están contenidas en el Capítulo V y VI y en el Resumen Ejecutivo General de este documento.

A continuación los resúmenes ejecutivos siguientes: Comité de Ética, Comité de Promoción, Prevención y Protección de la Salud, Comité de Sistema de Servicios de Salud, Comité de Salud Mental, Comité de Educación de Profesionales de la Salud, Comité de Estructura Organizacional, Comité de Impericia Médica y Asuntos Legales y Reglamentarios, y Comité de Trabajo de Población sin Seguro de Salud. Se presenta en primer lugar el Resumen Ejecutivo del Comité de Ética, porque los conceptos y planteamientos éticos enmarcan todo el trabajo evaluativo de la Comisión.

A todos los participantes activos en los Comités, nuevamente un amplio reconocimiento y agradecimiento por su destacada y desinteresada labor en el mejoramiento del Sistema de Salud de Puerto Rico.

COMITÉ DE ÉTICA

Introducción

La Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico fue nombrada por orden ejecutiva del Honorable Gobernador de Puerto Rico, Licenciado Anibal Acevedo Vilá, para que sopesara de modo integral el Sistema de Salud de Puerto Rico y propusiera los ajustes y alternativas atingentes. En el marco de la Comisión, este Comité tiene como objetivo hacer un balance crítico del Sistema Puertorriqueño de Salud desde la perspectiva ética. Para hacer tal valoración vamos a usar los parámetros referenciales de la moderna Bioética, a

sabiendas de que esta ciencia es un "nombre plural", como lo dijera H. T. Engelhardt hace ya casi una década para referirse a la multitud de modelos teóricos que compiten hoy por hoy en su campo de acción. Sin embargo, los cuatro principios formulados por T. L. Beauchamp y J. F. Childress siguen teniendo amplia aceptación y podemos tomarlos como guías confiables a la hora de establecer criterios éticos seguros acerca de nuestro Sistema de Salud. Dichos principios son: a) Respeto por la autonomía , b) No maleficencia, c) Beneficencia y d) Justicia, entendida sobre todo como *justicia distributiva.*

El objetivo de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico es estudiar, evaluar y recomendar propuestas de acción para mejorar el estado de salud de la población, la eficiencia y efectividad del Sistema de Salud, el acceso a servicios, y el desarrollo óptimo y articulado de los programas de formación de profesionales de la salud. Esto se hizo tomando en cuenta las influencias del ambiente social, político, legal, económico y físico, las prácticas personales de salud, y los resultados e impacto de los planes de seguro de salud gubernamental y privado en Puerto Rico. A tono con dicha misión, la función principal del Comité de Ética es el estudio y análisis del modelo actual de prestación de servicios de cuidado de la salud en sus dimensiones éticas a nivel total (organizacional-ambiental) y específico (relación proveedor de salud-paciente).

La bioética, como ya hemos señalado, es una disciplina relativamente joven dentro de la familia de las disciplinas humanistas. Nació en la década de los años setenta del pasado siglo XX, gracias, sobre todo, a los esfuerzos pioneros de Van Rensselaer Potter, André Hellegers, Daniel Callahan y otros pensadores. Aunque en la obra de Van Rensselaer Potter, la Bioética nació con una vocación amplia, más bien preocupada por la ecología y la supervivencia en este planeta, muy pronto se centró en los problemas planteados por la relación médico-paciente y por las nuevas tecnologías biomédicas (las preguntas éticas relativas, por ejemplo, a la aplicación y posible suspensión de las nuevas tecnologías de soporte vital o las concomitantes con licitud moral de la aplicación de las tecnologías de reproducción asistida o del aborto voluntario), con lo cual

quedó la reflexión reducida predominantemente al marco de las relaciones de carácter particular

No obstante, los principios que han venido a ser ampliamente -aunque no universalmente-aceptados como rectores de la Bioética. Los principios de respeto por las personas y su autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia distributiva, nos brindan un amplio margen para elaborar una reflexión bioética que trascienda el estrecho marco de la concepción exclusivamente médica y biologicista de la salud, de la enfermedad y del ejercicio de la autonomía por parte del ciudadano cuando está en juego su salud. Nuestro abordaje a esta evaluación se fundamenta en un marco de referencia axiológico que permite una lectura y un análisis más amplio–que podríamos llamar holístico- del Sistema de Salud de Puerto Rico para la población indigente, dentro del cual se incluye la actual reforma de las prestación de servicios de salud, pero que, necesariamente, la trasciende.

El comité se plantea la siguiente pregunta fundamental:

¿Cuál es el impacto del actual sistema de salud y de su reforma sobre la observancia de los cuatro principios éticos que acabamos de enunciar?

La Comisión evaluadora sugiere además que pulsar el impacto ético de la reforma se debe hacer de cara a los siguientes indicadores:

"calidad de los servicios", "costo efectividad de los servicios", "accesibilidad de los servicios" y el estado de "satisfacción del paciente y del médico" (que hemos ampliado para incluir el nivel de satisfacción de todos los profesionales e instituciones de servicios de salud involucrados en el sistema).

La pregunta que se hacen los miembros de la comisión implica realmente que se determine si el sistema implantado está estructurado de tal manera que haga posible al ciudadano-paciente y a los profesionales de la salud interactuar desde las expectativas éticas que corresponden a la relación profesional-institución-paciente y si todo esto contribuye a que nuestra sea más justa y democrática.

Metodología

En este Informe se destacan tres momentos o pasos fundamentales:

1. Primer momento: identificación de los principios éticos fundamentales

En este primer momento del informe se esclarecieron las cuestiones-guía que son fundamentales para nuestra reflexión ética. Para ello: 1) Se definieron los conceptos *salud* y *enfermedad*. 2) Se ponderó a la salud como un valor comunitario que exige la responsabilidad de los individuos así como de la comunidad entera. 3) Se describieron los cuatro principios bioéticos generales: autonomía, beneficiencia, no maleficiencia y justicia. 4) A partir de tales principios, se elaboró una serie de criterios éticos operacionales específicos, a modo de concreción de los principios generales y se seleccionaron las fuentes de datos, de cara a nuestra encomienda particular. Dichos criterios se utilizaron para el análisis de la información recopilada. Estos son: acceso al buen cuidado de salud, respeto a la dignidad humana, autodeterminación, justicia distributiva, competencia profesional en el marco de una ecología moral, y, cooperación y aprecio mutuo.

2. Segundo momento: examen de la realidad

Esto se refiere a la revisión de los datos empíricos disponibles acerca del Sistema de Salud de nuestro país y del funcionamiento de la así llamada "Reforma de Salud", legislada y puesta en vigor por el Gobierno de Puerto Rico para garantizar las prestaciones médicas a las poblaciones indigentes de nuestra sociedad. Para recopilar y analizar dichos datos nos valimos, fundamentalmente, de las informaciones que proporcionaron a esta Comisión diversas fuentes: la Procuraduría del Paciente, las declaraciones de los ciudadanos en las vistas públicas celebradas por la Comisión, la legislación pertinente y otras informaciones procedentes de diversas instancias del Gobierno y hasta de la prensa nacional.

3. Tercer momento: juicio bioético y formulación de sugerencias a los comisionados y al señor gobernador

Por último, abordamos los datos de la realidad a la luz de la criteriología bioética establecida en el primera parte de nuestro Informe. De esa

confrontación se desprende la formulación de ciertos juicios éticos, que, a su vez, se encarnan en algunas sugerencias operativas concretas.

Conclusiones generales

A la luz de los criterios establecidos para este análisis y los principios de la bioética en cuanto al sector de pacientes se observan conflictos con el cumplimiento de principios medulares de la bioética como la autonomía, beneficiencia-no maleficencia y justicia**.** Concretamente a través de criterios establecidos como: acceso al buen cuidado de salud y justicia, se observa que poblaciones vulnerables tales como: pacientes de salud mental, trauma drogodependientes, niños y adolescentes y pacientes con condiciones complejas (Ej. cáncer, fallo renal permanente y cardíacos) que no tienen acceso cabal a los servicios que necesitan y son discriminados de diversas maneras.

Hay violación al principio de autonomía por parte de profesionales de la salud y de las compañías aseguradoras participantes de la reforma en las querellas que identifican instancias en las cuales consta que el paciente, por ejemplo, no puede elegir el médico ni el laboratorio ni la farmacia cuyos servicios necesita y se obliga al paciente a utilizar la farmacia o el laboratorio que el IPA seleccione. El por ciento elevado de querellas por razón de denegación de medicamentos, denegación de servicios y de no referidos a especialistas, que se reporta en las cifras identificadas arriba, sin lugar a dudas implica y aumenta la probabilidad de maleficencia y daño a muchos pacientes.

El informe de la Procuraduría del Paciente recoge tres fallas del actual sistema que dejan al paciente/usuario totalmente desprovisto de las herramientas indispensables que le permitirían asumir el control del cuidado de su propia salud: una de esas fallas es la eliminación o alto racionamiento de servicios para reducir costos; otra es que el Sistema de Salud está diseñado para reaccionar a las enfermedades agudas, descuidando el cuidado preventivo; y la tercera falla es que los usuarios no tienen acceso a los conocimientos -falta de información/educación- indispensables para asumir responsablemente el control sobre el cuidado de su propia salud.

A estas tres fallas básicas habría que añadir la fragmentación del Sistema, fragmentación que se manifiesta, por ejemplo, en la carencia de guías y protocolos unificados por las distintas aseguradoras, o en el uso ineficiente e irracional de los recursos, teniendo como resultado la paradójica situación de que, de una parte, se escatiman servicios necesarios mientras que, de otra parte, se utilizan incorrectamente y por eso se derrochan los recursos. Esta última situación obedece, al menos en parte, a la falta de una adecuada planificación ya que los servicios no están integrados en un modelo global que trascienda los breves límites de la prestación de servicios remediadores. Otro problema acuciante es el mal uso de los recursos humanos y de fuga de profesionales de atención primaria, sobre todo del personal de Enfermería.

El hecho de que haya dos sistemas de financiamiento de servicios de salud (uno privado y uno gubernamental) promueve la desigualdad en el derecho a los servicio de salud. El acceso desigual (servicios controlados para unos y sin restricción para otros) en la elección de médicos y farmacias, laboratorios y hospitales refleja que Puerto Rico no es un modelo de justicia distributiva.

En resumen, el modelo de prestación de servicios de salud bajo la Reforma presenta asuntos éticos de importancia en el orden tanto de la micro ética, como la macro ética, que surgen en este estudio tanto del sector de pacientes como de proveedores de salud.

Propuestas De Cambio Y Recomendaciones

Al evaluar de diversas formas la actual Reforma de Salud, hemos encontrado múltiples situaciones que señalan violaciones de los cuatro principios bioéticos que arriba hemos enumerado. A la luz del análisis llevado a cabo, estamos sometiendo las siguientes propuestas de cambio y recomendaciones:

1. La reforma del Sistema de Salud debe verse como un proceso continuo y permanente analizable en términos de episodios de conflictos éticos y políticos que deben examinarse y orientarse desde la perspectiva del establecimiento de un Sistema de Salud que

responda a profundos valores éticos resumidos en el derecho a la salud.

2. La reforma de los servicios de salud puede y debe orientarse a realizar nuevas formas de sujeción que beneficien a ciertos sectores privilegiados, o a diseñar una nueva forma de entender los servicios de salud que verdaderamente dé poder a la ciudadanía para tomar control del cuido de su salud. Es imprescindible que la reforma de salud instaure un modelo salubrista emancipador, apostestador, preventivo y proactivo en el que el modelo médico se enmarque. La médula del modelo salubrista deberá ser la formación de ciudadanos y profesionales con clara conciencia acerca de los beneficios de la salud para todos.
3. Se deberá crear una Comisión Nacional de Bioética que asesore a las ramas ejecutiva, legislativa y judicial sobre los aspectos éticos de los servicios de salud, las políticas ambientales y la promoción de la investigación científica y la tecnología. Los integrantes de esa comisión servirán *ad honorem* por el término que decida la autoridad nominadora.
4. Se debe establecer que el estudio formal de la ética o bioética será un requisito mandatorio en la fase de formación universitaria de los profesionales de la salud.
5. Iniciar una campaña agresiva de información pública para que los pacientes sepan toda la información de sus derechos y cubierta de servicios a la que tiene derecho.
6. Imponer sanciones severas a todos los responsables de negarle servicios, referidos y medicamentos justificados a pacientes pobres.
7. Organizar una campaña de de educación dirigida a los pacientes para potenciar su autonomía en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
8. Desarrollar un modelo participativo en la formulación de políticas de salud y lograr que el sistema funcione como una alianza entre el

Gobierno, la comunidad de pacientes, los grupos profesionales y las corporaciones privadas de cuidados de salud.

9. En coordinación con la Asociación Médica de Puerto Rico, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Puerto Rico, el Tribunal Examinador de Médicos y la Procuraduría del Paciente, se debe iniciar una campaña intensa de reeducación y unos cursos mandatorios para los médicos en torno a la ética médica y al principio de que la lealtad primaria del médico tiene que ser hacia la persona del paciente.
10. Además del compromiso ético del médico con el bienestar del paciente, urge que el Departamento de Salud implante una política sostenida de educación en salud, promoción de estilos de vida saludables, protección de la salud, prevención de enfermedades y de medicina preventiva. Esta política debe aprovechar la existencia de audiencias cautivas como las escuelas (pública y privadas) iglesias, espectáculos deportivos ambientes de trabajo.
11. El Tribunal Examinador de Médicos, la Oficina de la Procuraduría del Paciente, ASSMCA, la Oficina de ASES y el Departamento de Salud, la Corporación del Seguros del Estado, SINOT, deben asumir un rol más proactivo y decidido en combatir la incidencia de maleficencia documentada por la OPP. No puede permitirse la impunidad ante actos de maleficencia informados por los querellantes.
12. Establecer una proporción adecuada de distribución de riesgos económicos entre aseguradoras y los médicos participantes. No es justo que los médicos primarios carguen con la totalidad del riesgo económico que el modelo de la reforma implica.
13. Reinterpretar la función del médico portal de entrada (*gatekeeper)* al sistema de servicios asignada al médico primario y que se utilice la *capitación sin riesgo*. Es un hecho que un sector considerable de profesionales de la salud, así como de pacientes y organizaciones de base comunitaria, han expresado recelos y reservas respecto a la adecuacidad, no sólo operacional, sino ética.

14. La altura de los tiempos sugiere que la medicina, además de basarse en la evidencia, se base en los valores éticos --tanto de los profesionales como de valores éticos de la comunidad servida y consistente con la ética de la cultura corporativa que debe articular toda organización de servicios de salud.
15. En vista de la relación adversativa frecuentemente evidenciada en los medios noticiosos, se deben crear mecanismos de mediación que resuelvan los conflictos.
16. Para garantizar la integridad ética de los servicios de salud mental, estos se deben integrar a los servicios de medicina física de manera que el paciente no se enfrente a un sistema desarticulado en su organización y geográficamente disperso.
17. Investigar a profundidad las denuncias, recelos y reservas que un sector considerable de profesionales de la salud, así como de pacientes y organizaciones de base comunitaria, ha expresado respecto de la idoneidad no sólo operacional sino ética del Sistema de Salud.
18. Diseñar instrumentos de control a fin de garantizar que la Medicina, además de basarse en la evidencia científica, se base en valores éticos universales; es necesario impregnar de esa tónica tanto de los profesionales como a la nación.
19. Crear urgentemente un mecanismo de mediación que resuelva los conflictos derivados de la relación adversativa intersectorial que los medios noticiosos frecuentemente han evidenciado.
20. Integrar los servicios de Salud mental a los servicios de medicina física para garantizar la integridad ética de aquéllos, de manera que el paciente no se enfrente a un sistema desarticulado en su organización y geográficamente disperso.
21. Incorporar elementos del modelo biosicosocial al modelo de prestación de servicios de salud que provea para un manejo integral del paciente (Ej. Acceso a servicios preventivos).

22. Sensibilizar a los pacientes de la importancia de la autoatención para que haga un uso adecuado de los servicios formales de salud.

23. Apoderar al paciente para acceder adecuadamente a los servicios que necesita. Los niños y adolescentes deben ser el objetivo de cualquier campaña de salud para prevenir condiciones complejas de salud.

24. Proveer entrenamiento que sea cónsono con los postulados de un modelo biosicosocial que atiende elementos tanto de la micro ética como la macro ética. Este entrenamiento debe contemplar de forma prioritaria el desarrollo de una competencia ética. También deben fortalecerse las destrezas de administración de servicios de salud.

25. Desarrollar y fortalecer los talleres clínicos como herramienta vital para la enseñanza de valores y profesionalismo.

26. Proveer foros formales para la discusión y deliberación ética . (Ej. Comités de Etica Institucionales).

27. Concienciar a las aseguradoras de los valores vitales relacionados a la vida y la salud sobre los valores económicos

COMITÉ DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

El Comité de Promoción de la Salud, Prevención y Protección de la Salud (PPPS) estuvo orientado por los objetivos siguientes:

1. Describir la experiencia histórica-institucional, la situación actual y las proyecciones en los campos o disciplinas de la Promoción de la Salud, la Educación en Salud, la Prevención y la Protección de la Salud en Puerto Rico.

2. Describir el estado del arte y los enfoques noveles, a nivel global y regional, en los campos o disciplinas de la Promoción de la Salud, la Educación en Salud, la Prevención y la Protección de la Salud.

3. Analizar la relación de articulación entre las tendencias y enfoques noveles de la PPPS y la situación actual en Puerto Rico.

4. Documentar con evidencia, conceptual y metodológica, las tendencias y enfoques noveles de la PPPS y las posibilidades de aplicación en el contexto puertorriqueño.

5. Sugerir propuestas de cambio y recomendaciones en los siguientes componentes; Fundamentos y valores, desarrollo de política pública, estructura, formación de recursos humanos, Investigación y evaluación, enfoques y estrategias de Promoción de la Salud y Educación en Salud y el Seguro de Salud del gobierno de Puerto Rico.

Metodología

El Comité de PPPS utilizó las audiencias privadas y la revisión de documentos como los principales métodos de recopilación de datos. Las audiencias privadas consistieron en reuniones con personas vinculadas a los temas o asuntos analizados por el comité. Las audiencias privadas constituyeron una experiencia de participación de las siguientes entidades:

1. Secretaría Auxiliar de Promoción para la Salud. Departamento de Salud de Puerto Rico.
2. Secretaría Auxiliar de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud de Puerto Rico:

    - División de Madres, Niños y Adolescentes.
    - División de Servicios de Habilitación
    - División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas
    - División de Salud Oral
    - Programa de Retardación Mental
    - Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
    - Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños 1-5 (WIC).
    - Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET);
        i. Programa Prevención VIH/SIDA ETS
        ii. Programa Control de la Tuberculosis
        iii. Programa Proyectos Especiales
        iv. Programa de Servicios Comprensivos a Familias con VIH
        v. Sección Farmacia

3. Secretaría Auxiliar de Protección de la Salud. Departamento de Salud de Puerto Rico.

4. Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. División de Educación y Prevención.
5. Humana
6. La Cruz Azul de Puerto Rico
7. Medical Card System, Inc. División de Asuntos Clínicos.
8. Triple-C, Inc. División de asuntos Médicos y Dentales. Departamento de Educación y Promoción de la Salud.
9. Triple-S, Inc. Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades.

El Comité PPPS complementó las audiencias privadas con la revisión de documentos institucionales, documentos técnicos, materiales conceptuales, libros y otras referencias a los fines de ampliar la información y fortalecer las propuestas de cambio y las recomendaciones.

Fundamentos, Valores y Principios

El Comité de Promoción de la Salud, Prevención y Protección de la Salud reafirma los siguientes fundamentos, valores y principios de la Promoción de la Salud, la Educación en Salud, la Prevención y la Protección de la Salud (PPPS):

1. La PPPS son parte integral del sistema de servicios de salud de Puerto Rico. Representan componentes esenciales y complementarios de la salud pública de un país.

2. La PPPS responde al paradigma holístico-integral considerando las dimensiones de la salud fisica, social, ambiental, cultural, ética, mental, espiritual y las consideraciones estructurales y de servicio.

3. La PPPS es responsabilidad compartida por los sectores social, profesional y comunitario incluyendo el ámbito público, privado y las organizaciones no gubernamentales. Se sugieren mecanismos de trabajo colaborativo intersectorial y alianzas entre los sectores.

4. La PPPS requiere la participación activa de los ciudadanos, los grupos y las comunidades en las acciones de planificación, desarrollo y evaluación de las políticas y programas a los fines de obtener la permanencia de los esfuerzos de promoción de la salud y de educación en salud. Se sugiere además, la participación de la sociedad civil y de otros sectores no vinculados tradicionalmente a la salud en la formulación de políticas y la planificación de las acciones de promoción de la salud.

5. La PPPS requiere la voluntad política institucional y el apoyo fiscal de los poderes públicos para garantizar su desarrollo. Esto incluye la definición e

implantación de la política nacional de Promoción de la Salud y el aumento del presupuesto de salud para estas acciones.

6. La PPPS ha evidenciado que su efectividad está determinada por la aplicación de una combinación de estrategias de intervención social y educativas, utilizadas de manera complementaria.

7. La PPPS tiene que garantizar el acceso a la educación y la información en salud como elemento fundamental en los esfuerzos de obtener niveles altos de alfabetización en salud, la participación efectiva y el apoderamiento de los ciudadanos y las comunidades.

8. La PPPS tiene que fortalecer las actividades de investigación y evaluación como mecanismo para obtener evidencias de la efectividad de las acciones.

Resumen de Fortalezas y Debilidades

Como parte del análisis realizado se identificaron las fortalezas y las debilidades en los ámbitos de la Promoción de la Salud, la Prevención y la Protección de la Salud según fueran descritas por los responsables de las acciones. En el Informe Final del Comité se describen íntegramente las fortalezas y las debilidades. A continuación se incluye solo una muestra de las fortalezas identificadas para los componentes de estructura, acciones de alcance comunitario y el abordaje a las estrategias preventivas de tabaquismo, actividad física y nutrición.

Algunas fortalezas vinculadas a la estructura incluyen: la creación de estructuras formales de Promoción de la Salud, Prevención y Protección de la Salud con rango de Secretarías Auxiliares en el Departamento de Salud (Orden Administrativa Número 179, 15 de enero de 2003), la creación de la División de Salud Comunitaria, la creación de la División de Comunicación Social y Educación para la Salud y el desarrollo de los Consejos de Acción Comunitaria en los Residenciales Públicos.

Las fortalezas en las acciones de alcance comunitario incluyen: el desarrollo de iniciativas de alcance comunitario (activación de 15 Comités de Salud Comunitaria, 37 residenciales públicos organizados, 250 comunidades especiales servidas), el desarrollo de perfiles individualizados de salud en 250 comunidades especiales (10,280 beneficiados) y el re-enfoque de las ferias y las clínicas de salud.

Algunas fortalezas en aspectos preventivos como el tabaquismo incluyen: el desarrollo de cursos de capacitación a profesionales de la salud (230 adiestrados), el desarrollo de módulos de cesación de fumar y los eventos, conferencias y concursos contra el Tabaco. En el ámbito de la actividad física se

incluyen las siguientes fortalezas: Desarrollo de la iniciativa Muévete Puerto Rico: Camina por tu Salud (10 comunidades y miles de caminantes) y el desarrollo del proyecto piloto denominado Laboratorio de Aptitud Física en el Departamento de Salud. En el ámbito de la nutrición se identificó lo siguiente: el desarrollo de la iniciativa Salud Te Recomienda para promover el acceso y el consumo de productos y alimentos saludables en las cadenas de supermercados y en establecimientos de comida rápida.

Una muestra de las debilidades identificadas se presenta a continuación organizadas por los componentes de política pública, ideología de salud, estructura, recursos humanos, otros recursos e investigación y evaluación.

Algunas debilidades identificadas en el componente de política pública fueron: la ausencia de una declaración de la Política Pública de Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico, la ausencia de la Política Pública y la cultura de trabajo intersectorial en Promoción de la Salud, la ausencia de un Comité Coordinador Intersectorial de Promoción de la Salud para Puerto Rico y la limitada divulgación del Plan Estratégico de Promoción de la Salud de Puerto Rico.

Entre las debilidades ideológicas mencionadas figura la necesidad de fortalecer la intervención con los determinantes sociales de la salud, el marcado énfasis en la intervención con los factores de riesgo individual, la necesidad de fortalecer las intervenciones que focalizen en los factores protectores de la salud, la necesidad de reforzar las intervenciones con énfasis en los llamados entornos saludables (Lugares de Trabajo, Escuelas, Comunidades, entre otras), la ampliación de los enfoques de trabajo mediante alianzas colaborativas entre sectores (público, privado, comunitario).

A nivel estructural afloran las debilidades siguientes: la posibilidad de reestructuración del componente de Promoción de la Salud en el Departamento de Salud sin permitir el desarrollo de la estructura vigente, la desarticulación de las Regiones de Salud, la necesidad de fortalecer la gestión programática entre los Departamentos gubernamentales de Salud y Educación (Programa de Salud Escolar), la urgencia de fortalecer la gestión programática intersectorial en Salud Mental y la necesidad de ampliar las relaciones con los Centros Académicos y los medios de comunicación.

Las debilidades en el componente de recursos humanos incluyen: la falta de personal profesional especializado en Educación en Salud en el Departamento de Salud, los requerimientos de revisión de la escala de retribución del personal especializado en Educación en Salud, la designación de personal gerencial y operacional en el Departamento de Salud sin formación profesional directa en el campo de la Promoción de la Salud y la Educación en Salud, la falta de un plan de desarrollo del personal gerencial y operacional. Otras debilidades en el componente de recursos incluye: las limitaciones presupuestarias, las

limitaciones en infraestructura física y las limitaciones en infraestructura de comunicación.

En el componente de investigación y evaluación se identificaron las siguientes debilidades: la falta de una agenda de investigación en Promoción de la Salud y Prevención para Puerto Rico, la necesidad de establecer indicadores de efectividad basados en la evidencia y la ausencia de recursos fiscales para las actividades de investigación.

Recomendaciones

El Comité de Promoción de la Salud, Prevención y Protección de la Salud presentó las siguientes recomendaciones agrupadas en los componentes de política pública, estructura, recursos humanos, investigación y evaluación y el plan de salud del gobierno.

Política Pública

1. Impulsar el desarrollo e implantación de la política pública de Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico (En el 2004 la Asamblea Legislativa aprobó un proyecto de ley con estas características y fue vetado por el poder Ejecutivo). Se requiere que la política pública a desarrollar, además de prescribir las acciones del Departamento de Salud, tenga un alcance intersectorial a nivel nacional.

2. Crear la Junta Coordinadora Intersectorial de Promoción de la Salud y Educación en Salud de Puerto Rico, adscrita al Departamento de Salud, como entidad y mecanismo asesor en la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas de promoción de la salud y educación en salud en Puerto Rico. La Junta estará integrada por representantes de los sectores gubernamental, privado, comunitario, académico, entre otros. Este mecanismo de planificación intersectorial ha sido implantado en el pasado en Puerto Rico con resultados favorables. Al presente, esta propuesta es endosada por los organismos internacionales vinculados a la Promoción de la Salud.

3. Desarrollar y divulgar un Plan Estratégico Intersectorial de Promoción de la Salud a nivel Nacional que describa los principales objetivos y acciones en Promoción de la Salud en Puerto Rico. Se propone un Plan a cinco años guiado por las prioridades temáticas o asuntos sociales y de salud a ser intervenidos. El Plan deberá reflejar los valores de la equidad, el bienestar social, la igualdad y los derechos humanos en salud. Deberá incorporar perspectivas ideológicas amplias de la salud que propicien la intervención con los determinantes sociales de la salud, los factores protectores de la salud, los imperativos comunitarios, los estilos de vida, los factores de riesgo y los entornos asociados a la Promoción de la

Salud (Lugares de trabajo, Escuelas, Ciudades, Municipios, Comunidades, Instituciones de salud, entre otros).

4. Impulsar la implantación de la Política Pública de Educación en Salud Escolar en Puerto Rico contenida en la Ley Núm. 70 del 18 de agosto de 1989. (Se afirma que los fondos para la implantación de la referida ley están siendo utilizados para otros propósitos).

5. Reorientar la planificación estratégica en el ámbito de la Educación en Salud Escolar en Puerto Rico para fortalecer las relaciones de trabajo colaborativo intersectorial entre los Departamentos de Salud y Educación.

6. Reactivar los proyectos de Municipios Saludables y Escuelas Promotoras de la Salud en los Departamentos Gubernamentales de Salud y Educación, respectivamente. Ambas estrategias de intervención en Promoción de la Salud continúan siendo prioridad programática en salud en el ámbito regional (OPS) y global (recibe apoyo técnico y recursos de OMS, CDC y UIPES).

7. Implantar la estrategia de Ciudades Saludables en los Municipios con tamaño de población amplio (San Juan, Bayamón, Guaynabo, Carolina, Caguas, Ponce, Arecibo y Mayagüez). La Organización Mundial de la Salud propone un protocolo e indicadores para la implantación de la estrategia.

8. Revisar las escalas de retribución del personal profesional con especialidad en promoción de la salud y educación en salud en las agencias públicas de Puerto Rico, como mecanismo de justicia laboral y estrategia de competitividad del mercado de empleo.

9. El Comité endosa el Proyecto de la Cámara de Representantes #81 para la creación del Canal de la Salud en la cadena de televisión gubernamental.

Estructura

1. Mantener la estructura de Promoción de la Salud en el nivel central del Departamento de Salud de Puerto Rico equivalente a la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud.

2. Establecer estructuras de Promoción de la Salud en el nivel regional del Departamento de Salud de Puerto Rico, que respondan a la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud.

3. Desarrollar la estructura de Educación en Salud en el nivel central y regional bajo la Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud.

4. Garantizar que las estructuras de Promoción de la Salud y Educación en Salud, a nivel central y regional, estén dirigidas por personal profesional con especialidad en los referidos ámbitos de acción.

5. Reclutar personal profesional especializado en Educación en Salud por Regiones y Municipios. En el pasado se estableció la deseabilidad de reclutar y asignar a un profesional de educación en salud por cada 40,000 habitantes.

6. Asignar presupuesto recurrente para garantizar la permanencia de las estructuras y el personal básico en los componentes de Promoción de la Salud y Educación en Salud.

7. El Departamento de Salud deberá propiciar política institucional que viabilice las instancias de trabajo integrado entre el personal profesional con especialidad en educación en salud de la agencia aunque éstos respondan a programas categóricos o unidades administrativas diferentes.

8. El Departamento de Salud deberá desarrollar una Unidad de Tecnología de Información y Comunicación en Salud adscrita a la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud.

9. En el Departamento de Educación se deberá retomar el nombramiento de lo que antes eran los supervisores de zona de salud, así como supervisores generales en dicha materia. Además, independientemente del nombre que se le asigne a esos puestos, las personas que los ocupen deberán ser educadores en salud pública.

10. A nivel central el Programa de Salud Escolar deberá contar con por lo menos dos supervisores generales permanentes, además del director/a de programa asignado por el Secretario/a en funciones. De este modo se le dará continuidad al trabajo independientemente de los cambios en administración gubernamental.

11. El Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación deberá enfatizar en la implementación de la Ley Núm. 70 del 18 de agosto de 1989. Esto es, nombramiento de maestros/as de educación en salud escolar debidamente certificados y que figuren en los registros de turno de maestros/as de salud, en los tres niveles del sistema educativo: elemental, intermedio y superior.

12. El Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación deberá hacer valer la Carta circular 4-2002-2003 que especifica el ofrecimiento de educación en salud escolar de modo integrado de Kindergarten a 3er grado. Así como un curso de educación en salud escolar con valor de un (1) crédito de 4to a 6to grado. Asimismo, deberá propiciar que la misma sea enmendada y que se establezca un (1) crédito en educación en salud escolar como requisito de graduación de 9no grado y un (1) crédito en educación en salud escolar como requisito de graduación de 12mo grado; esto a diferencia del ½ crédito que se exige ahora para cada nivel.

13. El Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación deberá continuar propiciando que los/as maestros/as de educación en salud escolar con estatus permanente opten por entrar en la "Carrera magisterial". Esto mediante el ofrecimiento de experiencias de educación continua a tono con las necesidades identificadas y las últimas tendencias en lo referente a educación, educación en salud escolar, promoción y educación en salud y salud pública. De igual modo, mediante el aval de ofrecimientos a nivel graduado en las áreas antes mencionadas.

Formación de Recursos Humanos

1. Fortalecer las ofertas académicas en promoción de la salud y educación en salud en Puerto Rico, incluyendo la formación de maestros/as de Salud Escolar.

2. Incorporar la conceptuación y el marco estratégico de la Promoción de la Salud y la Educación en Salud en el currículo de las profesiones vinculadas a las ciencias de la salud.

3. Incorporar el contenido básico de la Promoción de la Salud y la Educación en Salud como contenido requerido en las ofertas reglamentadas de educación continuada a los profesionales de las ciencias de la salud.

4. Ampliar las ofertas académicas y reactivar los cursos especializados en promoción y educación en salud mental para estudiantes activos y para profesionales a través de las estructuras de educación continuada.

Investigación y evaluación

1. Impulsar la cultura institucional de planificación y ejecución en Promoción de la Salud y Educación en Salud basada en la evidencia de la efectividad de las acciones.

2. Además de la utilización de los referentes regionales e internacionales se deben definir indicadores nacionales de efectividad de la Promoción de la Salud y Educación en Salud.

3. Desarrollar capacidad en el personal gerencial y operacional de Promoción de la Salud y Educación en Salud mediante el fortalecimiento de las competencias en investigación aplicada y la evaluación de procesos y resultados.

4. Definir las líneas de investigación prioritarias en Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico y dirigir esfuerzos en la identificación de los recursos fiscales necesarios para la gestión de investigación. Ambas acciones deberán ser responsabilidad de la propuesta Junta Coordinadora Intersectorial de Promoción de la Salud y Educación en Salud de Puerto Rico.

5. Establecer un fondo permanente para las acciones de investigación prioritaria en Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico.

6. Establecer acuerdos colaborativos entre el Departamento de Salud y la academia para viabilizar la agenda de investigación en Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico.

7. Ampliar los acuerdos colaborativos en investigación con el Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación.

Seguro de Salud del Gobierno

1. Garantizar que los recursos correspondientes a la prima de Promoción de la Salud y Educación en Salud del Seguro de Salud del Gobierno, transferida al Departamento de Salud para su administración, sean utilizados exclusivamente para los fines establecidos.

2. Desarrollar un programa piloto de Promoción de la Salud y Educación en Salud en una Región de Salud. Se pretende desarrollar un Modelo de Programa para ser replicado a otras Regiones. Para ello se deben definir los requerimientos básicos, los criterios, los indicadores y los estándares de calidad a los fines de viabilizar las acciones de evaluación.

3. Garantizar que las acciones de educación en salud y comunicación en salud sean dirigidas y operadas por personal profesional cualificado y con especialidad en educación en salud.

4. Garantizar la pertinencia, calidad y efectividad de los materiales, instrumentos y recursos de información y comunicación en salud

producidos en el Departamento de Salud. Vigilar por la validez de contenido y niveles de alfabetización en salud esperados.

5. Garantizar que todo personal auxiliar asignado por el Departamento de Salud para apoyar las acciones de Promoción de la Salud y Educación en Salud participen en actividades de capacitación diseñadas y coordinadas por especialistas en educación en salud.

6. El Departamento de Salud, en colaboración con organizaciones públicas y privadas, debe desarrollar un plan estratégico para el desarrollo de las campañas educativas nacionales de Promoción de la Salud y Prevención. En esta gestión de planificación se requiere la incorporación de representantes de los medios de comunicación en masa. La articulación de estas Campañas a nivel nacional permitirá abonar a la cultura de trabajo intersectorial, propiciar la efectividad de las acciones, aunar esfuerzos, reducir la fragmentación y la competencia y maximizar los recursos.

COMITE SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema de Salud de Puerto Rico ha pasado por importantes cambios durante los últimos 12 años. Hasta el 1993 los servicios de salud de Puerto Rico eran provistos por un sistema mixto público y privado. En dicho sistema accedían al sector privado aquellas personas con capacidad de pago o que contaban con un seguro médico (Plan de servicios de Salud) adquirido mediante pago directo o a través de su patrono. Para responder a la demanda de servicios de salud el sector privado contaba con una red de 56 hospitales, y múltiples centros y modalidades de ofrecer servicios ambulatorios siguiendo en cierta forma la evolución de los servicios en Estados Unidos.

Simultaneamente el Departamento de Salud tenía la responsabilidad de atender las necesidades de la población médico indigente mediante un sistema regionalizado desarrollado en Puerto Rico para la década de 1950 y según fue modificado a través de los años. En esencia este sistema ofrecía servicios de nivel primario a través de una red de Centros de Diagnóstico y Tratamiento distribuídos en cada uno de los 78 municipios que incluían servicios de Sala de Emergencia, respaldados por servicios de laboratorio, rayos x y farmacia.

Ya para el 1993 muchos de estos Centros contaban con servicios de especialidades en las áreas de medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría. Además, estos Centros albergaban los servicios de salud pública que ofrecía el Estado y aquellos ofrecidos por programas federales que respaldaban los servicios de salud pública estatal.

Entre los programas estatales podríamos mencionar los servicios de salud ambiental, servicios de salud pública, servicios de vacunación y servicios de enfermedades infecciosas, entre otros. Estos programas fueron respaldados por

los programas maternos infantiles, programas de inmigrantes agrícolas, entre otros programas que obtenían fondos federales para su operación.

Dada esta mezcla de servicios era común encontrar en un Centro de Salud Familiar, como el de Barranquitas por ejemplo, servicios dentales, servicios de trabajador social, nutrición, enfermeras epidemiólogas y toda una serie de servicios dirigidos a la prevención.

Este concepto de Centro de Salud Familiar se desarrolló al punto de que se diseñaron y se contruyeron un gran número de costosas facilidades en distintos municipios de la Isla, los cuales fueron construídos siguiendo un modelo de medicina familiar muy específico. En esencia el modelo consistía en distribuir las facilidades ambulatorias de cada uno de estos centros por equipos de salud compuestos por un médico, una enfermera de salud pública y una asistente de salud. A cada equipo le era asignado una población específica a la cual debían atender en una forma continua y consistente con sus necesidades.

Este sistema de servicios primarios era respaldado por un sistema de servicios secundario formado por una red de hospitales sub-regionales y regionales que culminanba en un servicio terciario y superterciario en el Centro Médico de Puerto Rico. En estos hospitales se ofrecían además de servicios de hospitalización, servicios de clínicas externas especializadas y super-especializadas en las distintas areas de la medicinas. Además, estos eran centros de enseñanza con residencias en su mayoría aprobadas en las distintas especialidades.

En el 1993 el gobierno decidió iniciar un proceso de reforma que cambió dramáticamente la forma de proveer servicios de salud a la población médico indigente del país. Mediante la Ley 72 se transforma el Sistema de Salud de Puerto Rico donde el gobierno deja de ser en esencia, el proveedor de los servicios de salud y pasa a contratar a la empresa privada los servicios que han de recibir la población médico indigente de la Isla. Mediante esta Ley conocida como Ley de Reforma de Salud, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Es a través de esta Administración que se crea un Plan de Salud para las personas médico indigentes.

Esta Administración tiene la responsabilidad de administrar y negociar mediante contrato con las Aseguradoras un sistema de servicios de salud que le brinde a todos los residentes médico indigentes acceso a un cuidado médico hospitalario adecuado a través de toda la Isla.

Posteriormente la Ley 190 del 3 de septiembre de 1996, conocida como Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de las Instalaciones de Salud Gubernamentales, establece un marco legal autorizando al Secretario de Salud para que proceda con el arrendamiento, sub-arrendamiento, venta o sesión, o establecer cualquier otro modelo de contratación en las instituciones de salud

gubernametales de Puerto Rico. Esta Ley dió paso a un proceso de venta y arrendamiento de las facilidades gubernamentales en toda la Isla, con el propósito esencial de que fueran utilizadas para ofrecer servicios de salud a la población en general sin importar la condición económica de la persona. Han transcurrido unos 12 años del comienzo de esta transformación.

El informe de la Situación de Salud emitido por la Organización Panamericana de la Salud, OPS por sus siglas, dice entre sus datos que en el año 2004 la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en Puerto Rico aumentó a 75.9 años, (80.2 para las mujeres y 71.5 para los hombres). Entre el 1990-2000 este indicador reflejó un aumento de 2.6 años en los hombres 2.7 años en las mujeres.

La tasa de natalidad se redujo de 18 a 13.1 por cada 1,000 habitantes entre el 1990-2003. La tasa global de fecundidad en el 2003 era 1.8 hijos por mujer, tasa que se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población (2.1 hijos), y que está ubicada entre las más bajas de la región de las americas. En el año 2003 hubo 50,803 nacimientos en Puerto Rico. La mortalidad general para el 2002 fue de 7.3 difuntos por cada 1,000 habitantes. Entre el 1995-2002 se ha observado un decenso en este indicador equivalente a un 12%.

Las enfermedades del corazón son la causa principal de muerte en Puerto Rico seguidas por el cáncer, diabetes, enfermedades pulmonales crónicas, e hipertensión. Los accidentes, las enfermedades celebro vasculares, Alzheimer, neumonía y los homicidios completan la lista de las 10 causas de muerte en Puerto Rico.

Las muertes por enfermedades del corazón continúan disminuyendo a través de los años y se espera que los tumores malignos pasen a ser la principal muerte en Puerto Rico en los próximos años. La neoplacia (tumor maligno) ha mantenido una tendencia establecida en los últimos años sin mostrar aumento o disminución considerable en sus tasas.

Según el Colegio de Médicos, en su Ponencia ante la Comisión, entre 2000-2003 se percibe un aumento de los indicadores de mortalidad para las causas mas comunes como diabetes mellitus, neumonía e influenza, cáncer, enficema y septicemia. Estas mismas causas de muerte entre 1995-1997 mostraban un patrón de reducción aún bajo un sistema de reforma incompleto. Estos eran reflejo del efecto del sistema anterior. Señala además, que el aumento en el nivel de gastos en salud ocasionado por la Reforma no parece haber contribuído a mejorar la salud del país y mas bien los datos sugieren todo lo contrario.

Durante las vistas públicas realizadas por la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud se recibieron muchos planteamientos relacionados con el concepto de racionamiento de servicios en áreas de servicios especializados, de medicamentos de alto costo y estudios de tecnología sofisticada. Además se

recibió un reclamo extraordinario relacionado con el servicio de salud mental, los cuales son considerados limitados, desarticulados, e inaccesibles. Sin embargo al revisar la información de estadísticas vitales, tenemos que concluir que la información existente no es suficiente para establecer una conclusión sobre los efectos de la Reforma de Salud en los niveles de salud pública de nuestro pueblo.

Como parte de la responsabilidad del Comité de Servicios de Salud se evaluaron los sistemas de salud de otros países. Estos son: Inglaterra, Cánada, Alemania, Japón y Francia, países que han adquirido niveles altos de satisfacción de sus constituyentes con un grado aceptable de control de sus gastos en salud.

Este análisis se presenta en base a la calidad de servicios, acceso y equidad en cada uno de los países. Se analizó también la estrutura y gobierno, el financiamiento y los controles de costos impuestos en cada una de estas naciones. Esta sección del informe, entre otras cosas, concluye que nuestro sistema de salud consume una porción mayor del producto nacional comparado con otros sistemas, sin embargo, los resultados en términos de niveles de salud y de satisfacción están por debajo de los países comparados.

En el área de sistemas de información concluimos que las iniciativas realizadas en Puerto Rico por el Gobierno en el área de Salud están en su mayoría en proceso de implantación con problemas importantes con los cuales se necesita trabajar. Se recomienda identificar expertos en este campo para configurar una junta asesora que pueda reconceptualizar los proyectos actuales y armonizarlos con las tendencias del gobierno federal y específicamente con la oficina del coordinador nacional para la tecnología de información de salud.

Se recomienda además, a la Honorable Secretaria de Salud el nombramiento de un asesor de información que no guarde relación alguna con los proyecto que se están desarrollando para que le oriente junto a la Junta Asesora en la toma de decisiones sobre todos los proyectos que se están llevando a cabo. Se debe integrar en este esfuerzo a otras agencias tales como la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Salud Escolar, ASSMCA, Comité de Salud 330 y otras organizaciones que ofrecen servicios de salud, a nivel estatal como municipal, para que sus recursos vayan hacia un mismo propósito: la creación de un récord médico electrónico que cumpla con los requerimientos del gobierno federal (énfasis suplido).

Por otro lado un sub-comité desigando para evaluar la cubierta de medicamentos bajo la Reforma concluyó que la misma es satifactoria aunque señalamos serias debilidades del Sistema. Antes de la Reforma los medicamentos que eran provistos en el Centro de Salud Familiar eran escasos lo cual creaba un tipo de racionamiento creado por la escacez de fondos en el Departamento de Salud para cubrir este renglón. Actualmente el costo de este renglón ha aumentado dramáticamente y cualquier racionamiento que pudiere ocurrir en el mismo implica ahorros primordialmente para el grupo primario y el

manejador de servicios de farmacia. Uno de los grupos de edad más afectados por el racionamiento en los medicamentos son los viejos.

Al hablar de las necesidades de las personas de 65 años ó más, hay que mencionar que durante las últimas 6 décadas uno de los grupos de mayor crecimiento poblacional son las personas de 60 años o más. Según el censo del 2000, Puerto Rico cuenta con 585,701 personas mayores de 60 años para un 15.4% de la población total.

Las principales causas de muerte de esta población son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes melllitus, enfermedades cerebro-vasculares y neumonía. Según planteado por este sub-comité la falta de prevención, educación y de acceso a los servicios esenciales de salud podrían estar relacionados con la mortalidad reportada en estos grupos de edad.

En las vistas realizadas se mencionaron una serie de preocupaciones por el alto costo de los medicamentos, la dificultad para conseguir la receta, la dificultad y lentitud para conseguir los referidos a los especialistas y la falta de transportación para ir a las citas médicas como problemas serios para los viejos en la Reforma de Salud .

Este sub-comité recomienda desarrollar un intenso cabildeo para mejora el trato recibido por los pacientes con medicare en la Isla. Además se recomienda, el desarrollo de Centros de Medicina especilizada para esta población e institutos de medicina preventiva.

En conclusión este Comité recomienda una Reforma que tenga como propósito primordial resolver las necesidades de salud de la población dejando a un lado la preocupación por complacer los intereses particulares de grupos de presión y de los grandes intereses. Debe ser una Reforma regida por los valores de equidad, dignidad humana, acceso para todos, coordinación, justicia y sustentabilidad económica y que sea patrimonio nuestro. En la misma el Estado debe ser el planificador, fizcalizador y regulador del sistema de salud y que a su vez garantice igualdad de servicios a todos los ciudadanos.

COMITÉ DE SALUD MENTAL

Introducción

Como toda obra humana, este Informe Final que sometemos aquí es el resultado de un esfuerzo colectivo y desinteresado de muchos colaboradores. Los más obvios son los participantes como miembros, asesores y ayudantes del Comité. Sin embargo, fuera del Comité también nos brindaron su apoyo y compartieron su sabiduría los miembros del CESSPR, y en especial su presidente, el Dr. Jorge Luis Sánchez Colon y su Directora Ejecutiva Dra. Elena Batista. Ambos fueron faros iluminadores a lo largo de esta jornada. Además,

deseamos reconocer la inspiración del Gobernador, Hon. Aníbal Acevedo Vilá, quien reconociendo la severidad y complejidad de la problemática de salud mental en nuestro Pueblo, tanto en el área publica como el privado, depositó su confianza en un grupo heterogéneo de expertos para que le compartiesen sus recomendaciones. Nos honra y nos place cumplir esta encomienda.

I. Trasfondo

Dada la alta incidencia de las condiciones emocionales, su amplia gama de severidad y su aparición en todas las etapas del ciclo de vida, no es tarea fácil para el encargado de establecer los focos principales de intervención, concretizar su selección. De igual modo, buscamos armonizar la responsabilidad pública de una agencia como ASSMCA la cual no solo determina su función como proveedora de servicios directos sino que a la vez regula los mismos y los coordina con el sector privado, para que la configuración de participantes refleje nuestra confianza de que validamos el modelo de gobierno y de estructura social y económica de mercados y libre competencia que nos rige constitucionalmente. Si a esto se añade el interés público de atender a toda la población, y hacerlo dentro de un marco que ofrezca un espacio razonable de alternativas libres de selección al paciente consumidor de servicios, y que a la misma vez no exceda la disponibilidad de fondos, inmediatamente comprendemos que estamos ante un reto significativo.

Nos parece que todas estas consideraciones han sido bien atendidas en este Informe pues hemos forjado un amplio consenso tanto filosófico como operacional que permite la reafirmación de los valores supremos que como Pueblo deseamos imprimirle a nuestra gestión pública y privada en el área de salud mental. En otras palabras, las recomendaciones aquí contenidas, recogen y expresan lo que entendemos es la voluntad de nuestro Pueblo. Como resultado, y si tenemos éxito en su implementación, podemos visualizar un futuro digno y apropiado para el rol que la salud mental debe desempeñar en nuestro desarrollo como Pueblo.

II. Naturaleza del Problema de Salud Mental en PR

A pesar de que reconocemos que el problema de salud mental de Puerto Rico es serio, cuando examinamos el panorama internacional nos percatamos que no somos únicos en este aspecto. Existen numerosos países donde, al igual que nosotros, también sufren altas tasas de incidencia y prevalencia de patología mental. La diferencia estriba en que en PR hemos aceptado esta realidad y nos hemos propuesto a combatirla agresivamente. Los trabajos de esta CESSPR es un ejemplo de esta voluntad. Cabe recordar, sin embargo que caer en la complacencia ante un problema de esta magnitud e impacto no es una opción pues la pasividad habrá de terminar destruyendo nuestro sistema de vida.

A pesar que los problemas específicos que más nos llaman la atención son aquellos que se manifiestan en deterioro público y que captan la atención de los medios noticiosos como la violencia, la criminalidad, el abuso, maltrato, negligencia a menores, el debilitamiento de la familia, y el predominio de estilos de vida auto gratificantes, con poca redención social; son los cuadros clínicos de menor visibilidad, como los trastornos afectivos y del pensamiento, las desviaciones de la personalidad, los trastornos de conducta y los conflictos éticos, son los que también ameritan que le dediquemos toda nuestra atención pues son los que socavan nuestro vida como Pueblo.

IV. Recomendaciones

A continuación las principales recomendaciones para la transformación de nuestro sistema de salud mental:

- Ética

Crear una Comisión de Bioética de Puerto Rico que asesore a las tres ramas de gobierno y al pueblo en general sobre los aspectos éticos relacionados con: las virtudes y profesionalismo de los profesionales de la salud, la relación profesional–paciente y su familia; el comienzo y el final de la vida; la genética y el genoma humano; la neurociencia y la manipulación de la conducta; las organizaciones intermediarias en el cuidado de la salud como son las aseguradoras y las organizaciones de cuidado dirigido de salud mental (MBHO's), la industria farmacéutica y biotecnológica y el gobierno; las políticas ambientales y la investigación científica y tecnológica.

1. Estimular la creación de comités de bioética no solo en el escenario clínico e investigativo sino también en las organizaciones e instituciones relacionadas con el sistema de cuidado de la salud mental.
2. Atender el problema del alto costo de los medicamentos psicotrópicos reclamando de la industria farmacéutica autodisciplina y responsabilidad social; explorando mecanismos de compras de medicamentos en grandes cantidades para obtener rebaja de costos; explorar la posibilidad de comprar medicamentos en el exterior a bajo costo; contemplar el control de los precios de medicamentos por DACO.

3. Reconocer la importancia del modelo bio-psico-social-espiritual y del equipo interdisciplinario en el manejo de las condiciones mentales. Ley 67 de 7 de agosto de 1993, Sec. 3 “Política Pública”) Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.06 (u) “Equipo Interdisciplinario”; Art. 1.06 (bb) “Guías Especializados en Tratamiento Comunitario”; Art. 13.01 “Alternativas Terapéuticas para Tratamiento de Trastornos Relacionados al Abuso de Sustancias.
4. Establecer mecanismos de mediación para resolver conflictos entre pacientes, profesionales y las organizaciones proveedoras de servicios.
5. Integrar los servicios de salud mental y física de manera que se vea, se evalúe, se atienda y se cuide el paciente en forma holística y no se enfrente a un sistema desarticulado en su organización y geográficamente disperso.
6. Las agencias fiscalizadoras del gobierno en el área de salud tienen que agilizar sus procedimientos de atención de querellas, adjudicación de las mismas e implementación de sanciones, dentro del marco establecido por ley para ello. Ley 408 de 2 octubre de 2000, Art. 14.03 “Formularios y Querellas”.
7. Hacer de la bioética un tema obligado en los currículos de educación continua de los profesionales de la salud.

Proyecto Piloto de Salud Mental:

Traspaso gradual de fondos y población de ASES a ASSMCA. Para comenzar esta transición se comenzaría un Proyecto Piloto en la Región Oeste (Mayagüez) y San Juan. El eslabón intermedio fundamental sería el Centro Comunitario de Salud Mental de Mayagüez y Moca y en San Juan el Centro de Salud Mental de San Patricio, desde los cuales se coordinarán los esfuerzos de cuidado partiendo de las necesidades individuales y familiares de los pacientes y ubicándolos lo más cercano posible a su residencia y comunidad. Coordinará los esfuerzos desde los más sencillos hasta los más complejos en forma interdisciplinaria, eficiente y al menor costo posible.

Las intervenciones se podrán hacer, dependiendo del grado de complejidad, desde el consultorio privado de profesionales de salud, hasta la hospitalización psiquiátrica en hospitales públicos o privados, pasando por las salas de emergencia y urgencias psiquiátricas, la hospitalización diurna, las clínicas ambulatorias públicas o privadas, los programas de rehabilitación psicosocial y los hogares de cuidado extendido. ASSMCA utilizará, a través de ASES en esta fase inicial, los servicios de un *Administrative Service Organization,* para realizar múltiples tareas administrativas y operacionales como por ejemplo: suscripción de pacientes elegibles, generar y procesar reclamaciones de pago, desarrollar sistemas de información que levanten estadísticas, proveer sistemas de utilización, contratar una red de proveedores, monitorear gastos y aumentar la costo-eficiencia, etc. Como parte de la red de proveedores privados se considerarían organizaciones privadas comunitarias y de profesionales de salud, proveedores individuales e instituciones académicas como puede ser la Escuela de Medicina de Ponce o la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, entre otras. Además ASSMCA podrá utilizar su propio sistema de compra y distribución de medicamentos o contratar una organización privada de manejo de beneficios de farmacia (*PBM*). Las evaluaciones de satisfacción y de calidad de servicios así como de utilización podrían ser realizadas por ASSMCA en el caso de los proveedores privados y por evaluadores externos en el caso de aquellos servicios provistos por ASSMCA.

El Comité de Salud Mental responde a la encomienda de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, creada por el Gobernador de Puerto Rico, Honorable Aníbal Acevedo Vilá con el propósito de evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico y para estudiar alternativas de ajustes y modificaciones que se estimen necesarias al mismo”. La evaluación incluye servicios públicos y privados. Además “En general, la Comisión será responsable de llevar a cabo una evaluación abarcadora del Sistema de Salud existente en el país, y en particular deberá evaluar el impacto de la implantación

de las Leyes Nums. 72 y 190… sobre dicho sistema y sobre el estado de salud de los puertorriqueños”.

Luego de un proceso de evaluación de la situación de salud mental de Puerto Rico el Comité de Salud Mental de la CESSPR recomienda lo siguiente:

Para el sistema público, establecer un nuevo sistema de ofrecimiento de servicios de salud mental, eliminando el actual modelo existente bajo el MBHO (Managed Behavioral Services Organization) APS (American Psych System) actualmente proveyendo servicios y sustituyéndolo por un modelo que utilice un TPA (Third Party Administrator) o ASO (Administrative Services Only) el cual contratará con ASES y coordinará con ASSMCA para desarrollar una Red de Servicios que estará constituido por proveedores privados y públicos y con el cual contratará para ofrecer los servicios. A continuación describimos este modelo. (Naturalmente, hemos hecho recomendaciones también para el importante Sector Privado de Salud Mental y estas se encuentran en la sección correspondiente mas adelante que empieza en la pagina 64).

I. Región de Mayagüez:

La Región de Salud de Mayagüez posee características que la hacen la región más adecuada para implementar el Proyecto Piloto recomendado por el Comité de Salud Mental. En esta región existe una gran necesidad y un gran reclamo por parte de la población, de los servicios de salud mental que una vez les fueron brindados (Vistas Públicas efectuadas en Mayagüez). En Mayagüez existen facilidades de ASSMCA en funcionamiento, se cuenta con el apoyo de la Alcaldía para el desarrollo de servicios de salud Mental, tres grupos de IPAs grandes ya constituido un PBM (Pharmacare) y una red establecida por la Escuela de Medicina de Ponce.

Composición Geográfica de Mayagüez (Datos a ASSMCA)

Debe incluir las características geográficas, y el perfil sociodemográfico que la hace ser la Región Seleccionada.

Infraestructura y Oferta de Servicios de Salud Mental

La región de Mayagüez cuenta con una estructura de instalaciones de prestación de servicios de Salud Mental que la hace ventajosa para el desarrollo de este plan piloto. La misma cuenta con:
Un Centro de Salud Mental que ofrece servicios para tratamiento ambulatorio e intensivo ambulatorio de salud mental y sustancias para adultos.
Entre los servicios que se ofrecen se encuentran:

• Clínicas externas de salud mental, las cuales ofrecen servicios de manera individual.

• Tratamiento intensivo ambulatorio de salud mental

• Intensivo ambulatorio de sustancia.

• Terapias ocupacionales y recreativas

• Terapia grupal, individual, consejería, (psicólogos, psiquiatras, consejeros, enfermeros, médicos, entre otros)

• Programa PACE

• Actividades educativas con la comunidad

Centro Comunitario de Salud Mental de Mayagüez (CSMCM)

En este Centro, se ofrecen servicios para jóvenes con problemas de salud mental y por uso y/o abuso de sustancias.

• Sala de Emergencias Psiquiátricas para Niños y Adolescentes: Los servicios que se ofrecen dentro de este nivel de cuidado están: evaluaciones psiquiátricas, psicológicas, médicas y sociales, pruebas toxicológicas, y de laboratorios médicos.

Además Mayagüez cuenta con el centro Médico de Mayagüez, y otros Hospitales cercanos lo que le hace tener una oferta de servicios médicos primarios y especializados en la práctica pública y privada con una distribución

geográfica adecuada para mantener disponibilidad y accesibilidad requerida para el proyecto piloto.

Accesibilidad Geográfica

Localización: Mayagüez está situado en la costa oeste. Limita por el norte con Añasco y Las Marías; con Cabo Rojo, Hormigueros y San Germán por el sur; con el canal de la Mona por el oeste y con Las Marías y Maricao por el este.

Instituciones Educativas

Mayagüez cuenta con el apoyo de la Escuela de Medicina de Ponce la cual cuenta con dos centros interdisciplinarios de salud mental ambulatorios, uno en Aguadilla y otro en Mayagüez. Los profesionales en estos centros son psiquiatras de niños, psiquiatras generales, psicólogos, trabajadores sociales, manejadores de casos, médicos clínicos, enfermería. En el mismo se atienden alrededor de 6000-7000 pacientes mensuales. Además de poseer estos servicios esta escuela puede servir de taller, para formar profesionales del área de Salud Mental. Recomendamos que se establezcan acuerdos colaborativos con la Escuela de medicina de Ponce para así crear talleres de estos profesionales. Este es un asunto de mucha importancia para la Comisión ya que se quiere rescatar la Educación Médica y de otros profesionales.

Poblaciones especiales

8. Creación de centros de salud mental comunitaria, interdisciplinaria y de cuidado integrado. La experiencia clínica nos indica que la mayor parte de las personas que acuden o son llevadas a recibir servicios de salud mental porque sufren trastornos emocionales de diversa intensidad provienen de un entorno familiar igualmente trastornado. Estas familias requieren de mucho apoyo y la coordinación de múltiples recursos. Esto se puede lograr efectivamente a través de centros de salud con base comunitaria y cuidado integrado. Centros donde se provean servicios por equipos interdisciplinarios y en los que haya servicios disponibles para todos los miembros de la familia dirigidos a atender las necesidades individuales de cada caso. Estos centros ofrecerían el tratamiento para todo tipo de condiciones incluyendo las relacionadas al

abuso y dependencia de sustancias y diagnósticos duales. Deben tener la facilidad de proveer un continuo de cuidado que facilite la transición entre servicios y prevenga complicaciones en las diferentes fases o crisis que estos pacientes y sus familias puedan presentar. Además de cuidado agudo, estos centros deben incluir programas de prevención, educación y rehabilitación que incluyan tanto al paciente como a sus familiares o fuentes de apoyos principales. Idealmente, el cuidado médico primario debe estar disponible e integrado en estos centros. Especialistas en manejo de casos en el equipo interdisciplinario, al día en conocimientos sobre los recursos existentes, son necesarios para coordinar el cuidado, intervenciones y servicios interagenciales contribuyendo así a optimizar el cuidado. Estos centros deberán contar también con apoyo de otros servicios como un equipo de crisis que se pueda movilizar y servicios de respiro. Se recomienda la incorporación de una Junta de Síndicos para los centros de salud mental comunitarios, que velen por la transparencia administrativa, y establezcan una política pública a tono con los mejores intereses de la comunidad y le sirva como foro para la dilucidación de conflictos de intereses entre los que prestan los servicios y los que los reciben (véase caso de Morales Feliciano y Ayala). Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04(b) "Sistema de Cuidado Continuado", Art. 1.04 (c) "Sistema de Cuidado Comprensivo"

9. Al nivel preventivo, sugerimos abogar para que el sistema educativo de prioridad al ajuste del niño al ambiente escolar antes que a la ejecución académica. Esta población que presenta con trastornos de salud mental está a riesgo de desarrollar o presentar con problemas de aprendizaje, deserción escolar, problemas de conducta, aumentando el riesgo a enfrentar problemas de sustancias y otros como el embarazo en adolescentes y la delincuencia. Por esta razón, sería importante crear o reforzar programas o equipos de salud mental en las escuelas [o quizás y de primera intención en los Distritos Escolares] compuestos

por trabajadores sociales, psicólogos y consultores psiquiátricos para ofrecer educación y consultoría a estudiantes, padres y maestros sobre prevención y detección temprana de trastornos mentales y problemas asociados. También deberán poseer un mecanismo o protocolo de referido y enlace con el equipo de tratamiento del Centro de Salud Mental Comunitario que le corresponda en aquellas situaciones meritorias. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 12.01 "Sistema Colaborativo"; Art. 12.03 "Plan de Trabajo"

10. Creación de escuelas terapéuticas para aquella población de jóvenes con factores de riesgo específicos identificados que pueda integrar al sistema de educación un equipo de cuidado interdisciplinario para proveer el servicio directo dentro de sus facilidades. Estos deben tener acceso y comunicación directa con otros niveles de cuidado según sean necesarios, como diurnos u hospitalizaciones. También deben integrar como requisito la participación de los familiares al componente terapéutico. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 (k) "Intervenciones Colaborativas Multiestratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alta Incidencia"
11. Otros proyectos que deben apoyarse e incentivar son programas de horarios extendidos que provean tutorías y/o actividades diversas recreativas como deportes, artes, manualidades, teatro o envolvimiento comunitario. Este envolvimiento comunitario podría ser la visita o trabajos voluntarios en centros de envejecientes, visitas a enfermos, etcétera. Estos estimulan la formación de una mente saludable, propician el desarrollo de creatividad, el sentir de responsabilidad comunitaria y destrezas sociales, refuerza áreas de fortalezas y habilidades de los jóvenes participantes, además de que los mantienen en un ambiente sano, distante de drogas, violencia y otros. Esto a su vez provee mecanismos adaptativos para lidiar con situaciones difíciles. Este proyecto podría reclutar miembros de la comunidad que puedan

aportar voluntariamente en actividades programadas o el funcionamiento del mismo. Ejemplo de esto es el programa denominado "Mi Escuela Amiga" en el municipio de Dorado. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 (k) "Intervenciones Colaborativas Multiestratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alta Incidencia"

12. El principal objetivo de un sistema de servicios de salud mental sería evitar que la salud mental de una persona deteriorase al nivel de la cronicidad. Para ello deberá establecerse un continuo de servicios que contemple la transición de un servicio a otro; especialmente de los de niños y adolescentes a los servicios de tratamiento de adultos. Se debe desarrollar la capacidad para detectar los casos que presentan hospitalizaciones y estados de crisis repetidas para ofrecer servicios de mayor intensidad a nivel ambulatorio. Estamos conscientes de que por factores fuera de nuestro control, como lo son factores genéticos, habrá personas que desarrollen una enfermedad mental crónica. Un componente importante a enfatizarse con esta población es el componente rehabilitativo o de recuperación. Este debe enfocarse en la integración de la persona con padecimientos a la comunidad, fortaleciendo así su sentido de productividad, autoestima y capacidad. Un principal componente lo son los programas vocacionales que preparan al paciente para reintegrarse o mantenerse en su trabajo, o para evaluar las destrezas de cada individuo que lo ubiquen en alguna área laboral. Sería muy conveniente que esto forme parte activa de su tratamiento. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 (b) "Sistema de Cuidado Continuado"
13. La población de deambulantes se compone mayormente por individuos con problemas o trastornos severos psiquiátricos incluyendo los problemas de dependencia a sustancias y los diagnósticos duales que por su condición no pueden mantener un hogar estable, ni beneficiarse de las ayudas de Vivienda. Una posible alternativa es el tratar el modelo de *Integrated Services for Homeless Adults with Serious Mental*

Illness implementado en California. Su meta consiste en tomar las medidas necesarias para suplir las necesidades de los deambulantes con problemas de salud mental severos, ya sea en la calle, en la cárcel, o en cualquier otro escenario. Se compone por un equipo de alcance que puede incluir ex-deambulantes que brinda servicios comprensivos las 24 horas del día, todos los días. Este equipo trabaja en asociación a proveedores de Servicio en la comunidad y mantiene lazos con diferentes agencias gubernamentales. Este programa ha demostrado una disminuciones de 66% en el número de días de hospitalización, 88% en días por encarcelamiento y 80% los días como deambulante[18]. Además estudios científicos han demostrado que este modelo es costo-efectivo al compararse con el costo de atender el deterioro físico y mental que sufren las personas sin hogar[19]. Este esfuerzo podría nutrirse de la variedad de ofertas de fondos federales para financiar los servicios a esta población – HUD, HHS 330, etc. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 (i) "Provisión para Adultos con Trastornos Mentales Severos"; Art. 1.04 (k) "Intervenciones Colaborativas Multiestratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alta Incidencia"

Grupos vulnerables

14. El sistema de servicios para la adicción de sustancias psicoactivas, debe seguir integrando al gobierno, la empresa privada y las organizaciones de base comunitaria y de fe en una unidad sistémica en la cual cada una llene una necesidad y ofrezcan diferentes servicios. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 (i) "Principios para la Intervención Temprana de los Trastornos Relacionados al Abuso de Alcohol y Drogas, y de Conducta Antisocial en Menores"; Art. 13.01 "Alternativas Terapéuticas para Tratamiento de Trastornos Relacionados al Abuso de Sustancias"
15. La creación de un sistema integrado para atender la comorbilidad de la condición con un eficiente programa de monitoreo / supervisión que garantice tanto al paciente como el gobierno la efectividad del servicio.

16. La creación de una unidad reguladora de servicios de adicción que establezca reglamentos nuevos y fiscalice los servicios (el establecimiento de una Contraloría Programática). Entre sus funciones debe estar el objetivo de ofrecer asistencia técnica para garantizar un mejor servicio tanto a los programas privados como a los del gobierno, bases comunitarias y de fe. Esta unidad debe monitorear no solo la estructura física sino exigir los mejores protocolos de intervención y estándares de cuido y las competencias necesarias de los profesionales para garantizar la mejor prestación de servicios. Tanto los protocolos de intervención como la prestación de servicios deben requerir una estándar mínimo uniformes para cada tipo de tratamiento. Proponemos que esta unidad debe ser independiente de los que prestan los servicios. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.01 “Licenciamiento”
17. La creación de una unidad de evaluación o diagnósticos por regiones que identifique qué tipo de tratamiento necesita el paciente. Esta unidad contaría con los profesionales de salud mental apropiados para evaluar, diagnosticar y referir al paciente al tratamiento adecuado además de ofrecer asistencia y seguimiento dentro del sistema.
18. Crear legislación para exigir a toda persona o profesional que ofrezca tratamiento en adicción, una licencia que le requiera los conocimientos necesarios y competencias clínicas mínimas para garantizar un tratamiento efectivo. Se deben establecer redes de seguimiento y trabajo de campo para identificar la efectividad del servicio.

Estructura, Organización y Financiamiento

i. Sector público

19. Que ASSMCA asuma el liderato en la formulación e implementación de la política pública sobre salud mental según le corresponde por ley. Ley 67 de 7 de agosto de 1993, Sec. 3 “Política Pública”; Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.01 “Licenciamiento”

20. Que ASSMCA administre el presupuesto total asignado a salud mental (ASSMCA y ASES) para establecer prioridades de acuerdo a la política pública.
21. Que ASSMCA identifique las necesidades de salud mental del país. Las organizaciones privadas estarán obligadas por ley a proveer la información estadística necesaria tanto clínica como administrativa que le permita a ASSMCA delinear un perfil epidemiológico de la salud mental del país y planificar racionalmente los servicios a ofrecer. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.04 " Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual"
22. Que ASSMCA planifique un sistema de cuidado de salud mental tomando como base las necesidades de la comunidad. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04 "Principios que Regirán el Sistema de Cuidado de Salud Mental"
23. Partiendo de la premisa de que el problema de salud mental es uno de todos los sectores del país debe trabajarse de manera colaborativa con todas las entidades que de alguna manera tengan que ver con la prestación de servicios de salud mental. Esto incluye aseguradoras, organizaciones de base comunitaria, la academia, las organizaciones gubernamentales y privadas, y requerirles su participación y compromiso en cualquier gestión en pro de la salud mental. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 12.01 "Sistema Colabroativo"; Art. 12.03 "Plan de Trabajo"
24. Que ASSMCA desarrolle un Sistema de Recopilación y Análisis de Información Epidemiológica y Evaluación del Sistema debe estar ubicado en ASSMCA y debe ser el recipiente de toda la información epidemiológica sobre salud mental que genere tanto el sector privado como el público. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 2.11 "Sistema de Control de Calidad (Quality Assurance)"; Art. 14.04 "Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual"

25. Que ASSMCA utilice una organización de servicios administrativos para contratación directa de red de proveedores comunitarios y privados, facturación y cobro y otras funciones administrativas como parte del Proyecto Piloto previamente descrito.
26. Que ASSMCA implemente un sistema de monitoreo de calidad continuo y contrate una organización externa para evaluar sus propios servicios. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.04 "Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual"
27. Que ASSMCA evalúe su andamiaje administrativo, con el asesoramiento de consultores externos, con el objetivo de identificar sistemáticamente las áreas de deficiencia y establecer acciones correctivas.
28. Explorar posibles estructuras alternas de financiamiento para un sistema de cuidado de salud mental como son los modelos de ACAA, FSE y Cooperativismo.
29. Recomendamos a la ASSMCA contratar recursos a tiempo completo que en colaboración con expertos en administración de servicios de salud y financiamiento puedan llevar esta iniciativa hasta su conclusión. Específicamente, se recomienda un análisis detallado de la magnitud y las características de cada mecanismo de financiamiento y cada mecanismo de pago. De este análisis deben surgir recomendaciones específicas dirigidas a aumentar la eficiencia del sistema en términos fiscales lo que redundará en mejor servicio para la población.
30. Desarrollar una campaña intensa de educación en salud y de familiarización respecto a sus cubiertas de servicios y derechos como pacientes para potenciar su autonomía y propiciar su participación en la formulación de la política pública sobre salud. Además, esta campaña debe incluir la promoción de estilos de vida saludables y prevención de lesiones y enfermedades. La colaboración de los medios de comunicación, la escuela, las iglesias y otras organizaciones comunitarias es de vital importancia para este esfuerzo. Ley 408 de 2

de octubre de 2000, Art. 12.01 “Sistema Colaborativo: Manifestaciones del Problema de Salud Mental”

31. Centralizar todos los fondos y esfuerzos en el área de educación, promoción y prevención en salud en ASSMCA.
32. Desarrollar, a través de ASSMCA, un sistema de monitoría y fiscalización de toda aquella empresa privada, con o sin fines de lucro, así como aquellas agencias públicas, para que cumplan con los criterios mínimos de calidad que exige este tipo de tratamiento. En este proceso se tienen que establecer estándares de calidad claros y medibles. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.04 “Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual”
33. Hacer cumplir la Ley 408 de Salud Mental de Puerto Rico, o cualquier legislación vigente o prospectiva relacionada con los servicios de salud mental, en todos los escenarios, y no solamente en la Reforma. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.05 “Aplicabilidad de la Ley”
34. Crear un comité de expertos que debe incluir, entre otros, representantes de ASSMCA, Comisionado de Seguros, Procuradora del Paciente, instituciones académicas y organizaciones profesionales, etc. que revise la Ley 408, o cualquier legislación vigente o prospectiva relacionada con los servicios de salud mental, para hacerla más real y eficiente.
35. Eliminar la visión fragmentada de diversas oficinas creadas para proteger los derechos de los ciudadanos en las diversas áreas de salud.
36. Consolidar todas las Cartas de Derechos existentes al presente, sustituyéndolas por una Declaración de Derechos Universales.
37. Maximizar el manejo costo-eficiente de las asignaciones presupuestarias que al presente requieren todas las Procuradurías.
38. Tomando en consideración que la identidad personal no es estática, sino que cambia y se redefine a través del crecimiento y desarrollo del individuo, es indispensable que se concentren los esfuerzos en proveer servicios de salud mental a poblaciones vulnerables para así llevar a

cabo detección temprana y reducción de daño. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.04(k) "Intervenciones Colaborativas Multiestratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alto Riesgo"

39. Es imperativo que estos grupos sean tratados por sus condiciones de salud mental con un enfoque médico-científico e interdisciplinario en lugar de primitivo y moralista. Ley 67 de 7 de agosto de 1993, Secc. 3 "Política Pública}

40. Este sistema de cuidado debe proveer el espacio para el trabajo colaborativo en equipo de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras y enfermeras psiquiátricas, consejeros, terapistas ocupacionales y recreativos, y aquellos profesionales de la medicina naturopática y complementaria debidamente preparados. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1201 "Sistema Colaborativo"; Art. 1.06 (u) "Equipo Interdisciplinario", Art. 1.06 (v) "Equipo Multidisciplinario", Art. 1.06 (w) "Equipo Terapéutico"
41. Enmendar los contratos actuales para permitir la integración, pero modificando el modo de financiamiento. Esto exigiría de las facilidades de salud una infraestructura administrativa y tecnológica.
42. Regionalizar la isla en zonas características de morbilidad y utilización; de esta forma se generan ahorros porque se ofrece en las zonas estrictamente lo que necesitan para enfrentar sus problemas de morbilidad.
43. Aumentar la asignación "pmpm", actualmente $5.00, a $7.00. Esto no es lo óptimo, porque lo óptimo está alrededor de $10.00 a $12.00.
44. Se podrá contratar directamente con grupos de proveedores privados para ampliar la red y acceso a los servicios. Estos grupos asumirán parte del riesgo. Crear un fondo común para el pago de reclamaciones a nivel isla. De esta forma se dispersa el riesgo actuarialmente, disminuyendo el pago promedio por reclamación y generando ahorros.

45. Desarrollar un sistema de reaseguro “Stop-loss” para manejar el riesgo en exceso de $10,000.00.
46. Abrir el proceso de contratación, aún a través de ASSMCA, a la libre competencia.

I. Sector privado

47. Establecer una Junta de Apelaciones, adscrita a ASSMCA, para resolver con agilidad los conflictos entre proveedores y aseguradoras que incluya establecer un registro de denegación de servicios y su justificación.
48. Mayor rigor en la reglamentación y supervisión de las compañías de seguros y provisión de servicios médicos. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.05 “Aplicabilidad de la Ley”; Art. 14.01 “Licenciamiento”, Art. 14.04 “Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual”
49. Realizar un aumento razonable de inmediato de todas las tarifas de todos los profesionales de salud mental y entidades que ofrecen servicios de salud mental ambulatorias, incluyendo hospitales parciales. Esto sería un ajuste realista, justo y apropiado para compensar por todos los pasados años donde no ha habido aumento y para evitar el colapso de las prácticas de muchos profesionales de salud mental en PR que anticipamos.
50. Evaluar las posibilidades de aumentos prospectivos anuales ajustados al costo de vida de las entidades ambulatorias y profesionales con practicas ambulatorias automáticamente en todas las tarifas existentes por los servicios de salud mental ofrecidos por todos los proveedores de estos servicios. Este aumento anual automático del aumento de costo de vida podría estar basado en el CPI, o en su defecto, el equivalente del aumento que realiza el plan médico en sus primas anualmente. Aunque los planes médicos aumentan anualmente sus primas debido al aumento en el costo anual de vida, este aumento nunca se les ha hecho aplicable a los proveedores por los pasados años.

51. Rechazar la utilización del proceso de Tele-Consulta (particularmente si es aplicado en los casos de salud mental), cuando el mismo es utilizado como método de contención de costos y va en detrimento del mejor interés del paciente. Favorecer, no obstante, la Consulta Profesional a Distancia (por teléfono o por medios electrónicos), realizada entre médicos y otros profesionales clínicos), cuando este método va dirigido a perfeccionar los procesos de diagnóstico y tratamiento. El proceso de la Consulta Profesional a Distancia puede ser utilizado por todos los profesionales de la salud.

52. A pesar de que la ley 408 de Salud Mental reconoce que en la salud mental existen varias profesiones licenciadas para proveer servicios, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, trapistas ocupacionales y recreativos, y consejeros psicológicos, aun existen planes médicos que solo reconocen a los psiquiatras como proveedores de servicios. Por tanto, se recomienda que todos los planes médicos de PR reconozcan a estos otros profesionales. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.05 "Aplicabilidad de la Ley"; Art. 1.06 (u), (v), (w) "Equipos Interdisciplinarios, Multidisciplinarios, y Terapéutico"; Art. 3.06 (a) "Acceso a Servicios"

53. Es indispensable que tanto el público general, los proveedores profesionales de servicios de salud mental, y las agencias gubernamentales encargadas de velar por el interés publico, conozcan de los planes médicos toda la información estadística desglosada y completa respecto a los servicios de salud mental que estos planes médicos proveen. Solo así pueden agencias como el Departamento de Salud, ASSMCA, DACO, Oficina del Comisionado de Seguros, monitorear el desempeño de los planes médicos. Por otro lado es así como único el público general, los servidores públicos que compran planes médicos, y los patronos que los financian, pueden conocer el desempeño de los planes médicos en cuanto a salud mental se refiere.

Además entidades profesionales como NAMI, (organización de base comunitaria, SFL), el Colegio de Médicos – Cirujanos de PR, la Asociación Médica, la Academia de Psiquiatría, la Colegio de Trabajadores Sociales, la Asociación Psicológica de PR y otros pueden obtener los datos para conocer y evaluar la salud mental de nuestro pueblo. La publicación y distribución debe incluir tanto los datos de índole económica, operacional y epidemiológica. Se necesita información sobre diagnósticos, constitución y participación de la red de proveedores, naturaleza de quejas radicadas contra los planes médicos y su resolución y también las multas impuestas a estos cuando incumplen sus responsabilidades de pago y por otras violaciones.

54. Se deberá hacer publicar además la cantidad absoluta total mensual de los desembolsos por concepto de salud mental, el porcentaje de solicitudes para tratamiento que someten los proveedores psiquiatras a los planes médicos, el por ciento que son denegados y el porcentaje que son aprobados. Estos desgloses deberán hacerse por proveedor de servicios y también acumulativo. La publicación anual de toda la data estadística y económica de los gastos y desembolsos por concepto del renglón de salud mental según especificada arriba proveerá la información necesaria para analizar y asegurar que dicho costo refleje lo epidemiológica mente apropiado basado en las prevalencias de condiciones de salud mental en PR según obtenida del Departamento de Salud y ASSMCA y evaluada por un actuario cualificado.
55. Mecanización y estandarización de todos los procedimientos administrativos de los planes médicos cuando interactúan con los proveedores de servicios.
56. Establecer un límite máximo de dos (2) horas para aquellos planes médicos que requieran pre-certificación previo a que el proveedor pueda proveer los servicios. Si este límite se excede, el proveedor podrá ofrecer sus servicios y el plan médico honrará su pago siempre.

57. Aplicar y hacer valer la ley de pago a los proveedores en menos de 60 días y que se penalice al plan médico con una multa acumulativa de 20% mensual por cada mes de atraso que ocurra.
58. Requerir se despachen los medicamentos según recetados. Reglamento de la Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.1.6.1 “Derechos Específicos- Farmacoterapia”
59. Requerir que la receta se despache por la cantidad recetada por un máximo de treinta días para facilitar el cumplimiento por parte del paciente. Reglamento de la Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 1.1.6.1 “Derechos Específicos- Farmacoterapia”
60. Creación de un comité evaluador imparcial para ventilar los conflictos de apelaciones y querellas con las aseguradoras. Este comité debe ser externo a las compañías aseguradoras. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 14.03 “Formularios y Querellas” educación y promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales
61. Realizar esfuerzos intensivos en el área educativa para desarrollar una red de conocedores de los síntomas de problemas de salud mental y uso de sustancias y problemas psicosociales en nuestra población. La educación a personal en lugares que no se identifican con servicios de salud mental, como centros primarios de salud física, escuelas y facilidades de bienestar social, entre otros, nos ayudará enormemente a la detección temprana. Por ejemplo, ASSMCA puede educar al personal de las escuelas públicas para que puedan identificar los niños y adolescentes que exhiben algunas conductas que pueden reflejar problemas en el área de salud mental. Podemos también, entrenar a los profesionales de servicios en los centros de tratamiento de salud física para que realicen detección temprana e inclusive cernimiento de problemas de salud mental y uso de sustancias en eventos de exámenes físicos rutinarios.

Integración de salud primaria y salud mental

62. Política pública para apoyar paridad en las cubiertas de salud mental que sean comparables a las de otros diagnósticos en salud física. Ley 408 de 2 de octubre de 2000, Art. 3.06 (a) "Derechos Específicos-Acceso a Servicios"

63. Es necesario un acercamiento de salud mental a salud primaria integrando servicios de salud mental a las oficinas médicas o centros de tratamientos en visitas programadas y coordinadas con manejo dual (psiquiatra y medicina de familia) y para el adiestramiento del médico primario en el manejo de problemas comunes en salud mental.

Educación de profesionales de salud mental

64. Fortalecer los programas de educación y preparación profesional de profesionales de salud mental para atender la población necesitada enfatizando en áreas como trabajo en equipo inter y transdisciplinario.
65. Entendemos se debe buscar la forma de brindar el apoyo económico a aquellos programas que cumplen con todos los estándares de acreditación con fines de promover y asegurar el cuidado de la salud futura óptima de nuestros ciudadanos. Es necesario invertir en ofrecer talleres que les provean a los profesionales las herramientas necesarias para convertirse en profesionales competentes y comprometidos. El Proyecto Piloto recomendado por este Comité debe proveer los talleres necesarios para que nuestras escuelas profesionales puedan preparar los profesionales de la salud mental siguiendo las exigencias de las agencias acreditadoras.
66. Para tratar el problema de emigración a los Estados Unidos y de concentración en ciertas áreas geográficas, se debe crear un programa de incentivos. Este debe incluir propuestas para mejorar las condiciones económicas y recursos facilitadores y disponibles. También, se puede sugerir programas de pago para préstamos estudiantiles para aquellos profesionales que sirvan en áreas de gran

necesidad. Otro posible incentivo a ofrecerse es el extender la inmunidad del estado en cuanto a impericia profesional se refiere a todo aquel en funciones académicas en cualquier taller de adiestramiento.

67. Se deben revisar continuamente los requisitos de educación continua y las competencias clínicas, incluyendo las áreas de cuidado clínico, conocimiento científico, profesionalismo, destrezas interpersonales y de comunicación, aprendizaje basado en la práctica y la evidencia, y la práctica orientada a sistemas, que garanticen la calidad de todos nuestros profesionales y el mantenimiento de los conocimientos a la par con los últimos avances científicos. Se deben establecer medidas de resultado que nos ayuden a identificar aquellos profesionales no aptos o competentes para la práctica, áreas a mejorar de los programas académicos y limitaciones para trabajar con ellas.
68. Debemos revisar los currículos de educación continua de nuestros profesionales y asegurarnos de que poseen los conocimientos más modernos y recientes en su área de peritaje. Además deben identificarse los profesionales que no tengan estos requisitos e instaurar medidas para que todos los profesionales estén actualizados en sus conocimientos. La educación continua debe estar orientada hacia el desarrollo de destrezas y no a la mera diseminación de información. El gobierno tiene el deber ministerial de mantener los cuadros humanos al día en los últimos adelantos de las ciencias en la prestación de servicios de salud.
69. Ante un sistema de información sobre los recursos humanos fragmentado y limitado, que no nos permite tomar decisiones informadas, avalamos la recomendación de la OMS: la creación de un observatorio de recursos humanos o instituto, centro de datos. Su objetivo sería recopilar información sobre los recursos humanos, que permita analizar sus tendencias y asesorar sobre cuestiones de política pública. También, se recogería información sobre cambios

poblacionales, y otros cambios sociales que impactará la gestión de los recursos humanos. Esta base de datos pudiera incluir la información ya recopilada anualmente por el *Center for Health Workforce Studies,* tales como: estudio de oferta y demanda, distribución, educación y la utilización de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. El objetivo principal es poder anticipar las necesidades de recursos humanos por profesión y dirigir los recursos gubernamentales a donde más necesidad exista. De esta forma el gobierno puede planificar ordenadamente su inversión en el desarrollo de recursos humanos.

70. Un aspecto de gran importancia que requiere un gran compromiso lo es el apoyar los intentos de esfuerzos colaborativos e interdisciplinarios entre agencias gubernamentales e instituciones académicas para el desarrollo y el adelanto de la investigación científica. Estos deben ir dirigidos al esclarecimiento de las teorías relacionadas a las condiciones psiquiátricas, el descubrimiento de técnicas, herramientas o medidas de tratamiento innovadoras y precisas, y medidas de respuesta, entre otros, que se traduzca en mejor y más eficiente cuidado clínico. Los hallazgos de proyectos científicos son los que se incorporan y contribuyen al avance de la práctica clínica basada en la evidencia y el aprendizaje basado en la práctica que se traduce en mejor servicio y tratamiento más efectivo para nuestros pacientes.
71. Se recomienda el establecimiento de planes estratégicos que no estén sujetos a los vaivenes políticos ni a las arbitrariedades de los administradores de turno. Estos planes estratégicos deben tomar en consideración los estándares de la industria. Los mismos deben estar orientados a resultados medibles a corto, mediano y largo alcance.

III. Conclusión- Debido a que consideramos estas recomendaciones como profundas y abarcadoras, estimamos prudente recomendar que una vez concluida su lectura, se nos cite nuevamente para aclarar dudas y contestar preguntas. Esto asegurará un análisis aún más detallado de los aspectos más significativos y garantizará un proceso operacional de implantabilidad más efectivo. Recordamos, además de que un proceso

de esta naturaleza nunca estará ni completamente concluido ni tampoco complacerá a todos. Surgirán también elementos impredecibles que a pesar de los cuidados que nos hemos tomado no habremos anticipado. Estos requerirán modificación en ese momento. Sin embargo estas consideraciones no deben dilatar la imperiosa necesidad que existe de introducir cambios sustanciales a un sistema de salud mental que requiere intervención inmediata. Confiamos que los hallazgos y recomendaciones aquí vertidas les sea útil a los funcionarios encargados de su implantación. Agradecemos la oportunidad de aportar a la solución de este aspecto de nuestro funcionamiento social y gubernamental.

COMITÉ DE EDUCACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

El Comité Educación de los Profesionales de la Salud (PDLS) entiende que para la promoción y preservación de la salud de todos los puertorriqueños es imperativo comenzar con la formulación de una política pública clara que enfoque la educación de los médicos y los diversos profesionales de la salud en el país. El adiestramiento y formación de todos los profesionales de la salud deberá ser de calidad óptima, de tal forma que se puedan ofrecer los mejores servicios de salud de que Puerto Rico es capaz.

Enumeramos adelante los problemas o asuntos de mayor trascendencia o relevancia que afectan la educación de los profesionales de la salud (PDLS) en Puerto Rico, y que están detallados en el texto que se acompaña:

1. Cierre de programas de residencias de médicos donde se lleva a cabo su adiestramiento profesional

2. Limitaciones de acceso a talleres de práctica clínica para los médicos y estudiantes de las distintas PDLS

3. Falta de apoyo a la educación de los profesionales de la salud (PDLS),

4. Dualidad en la formación profesional de médicos.

5. Emigración de los PDLS

A continuación se resume la naturaleza y consecuencias de cada problema anteriormente enumerado y se ofrecen recomendaciones de medidas correctivas.

1. *Cierre de programas de residencias de médicos donde se lleva a cabo su adiestramiento profesional.*

    - De 32 programas de residencia acreditados por el “Accreditation Council on Graduate Medical Education” (ACGME) en medicina interna, medicina de familia, pediatría, obstetricia y ginecología, y programas transicionales sólo quedan 23, lo que representa una reducción de un 28% en la última década. Siete de estos están en estado probatorio, luego de la última visita de acreditación y por tanto están a riesgo inminente de perder la misma. De perderse la acreditación de esto siete programas, esto equivaldría a la pérdida de la mitad de los programas de adiestramiento en medicina primaria en Puerto Rico.

    - La acreditación por el ACGME de las residencias es indispensable para que se puedan acreditar, a su vez, las escuelas de medicina. Un requisito esencial del “Liaison Comitee on Medical Education” (LCME) es que los estudiantes de medicina tengan adiestramiento clínico en hospitales donde existan residencias acreditadas, particularmente en las de medicina primaria y residentes con las credenciales necesarias.

    - El Departamento de Salud cesó el reclutamiento de médicos y sus esfuerzos de retenerlos en los servicios de salud en las instalaciones de salud del gobierno. Muchos de estos ejercían un rol de facultad docente en los programas de residencias y en las escuelas de medicina.

- Se desbandaron las clínicas ambulatorias de los hospitales y en los CDT's del gobierno que eran esenciales para las prácticas de medicina ambulatoria que son requisitos para obtener la acreditación de ACGME. Este requiere que un mínimo de 20% de la experiencia clínica, a través de la duración de la residencia, se lleve a cabo en situaciones ambulatorias y que haya continuidad de servicio a largo plazo a un panel de pacientes a largo plazo. Además, se exige un mínimo de 50% de experiencias clínicas ambulatorias para todas las residencias de especialidades primarias.

- Los programas de adiestramiento en Medicina de Familia y otros en medicina primaria han sido los más afectados al reasignar las aseguradoras los pacientes a los sistemas IPA. Estos sistemas de servicio médico resultan incompatibles con la misión académica de adiestramiento profesional por múltiples razones. (Ver página correspondiente del texto).

- De esta manera desaparecieron los modelos de adiestramiento (talleres clínicos) en medicina ambulatoria y primaria y otros que se utilizaban para residencias de subespecialidades y para el adiestramiento de varios otros PDLS.

Recomendaciones

- Refortalecimiento de los programas de residencia existentes, en particular los de medicina primaria, asegurando, para salvaguardar y asegurar su acreditación y la de las escuelas de medicina del país. Para lograr esto se necesitan suficientes recursos fiscales, facultad, pacientes e instalaciones clínicas para garantizar la excelencia de las experiencias de adiestramiento hospitalarias y ambulatorias en continuidad.

- Reapertura de los programas de residencia perdidos usando los mismos mecanismos antes descritos. (Véase más adelante la creación y organización de los Centros Médicos Académicos.)

- Los sueldos de facultad y los residentes deben de equipararse a los de los EEUU, para incentivar el reclutamiento y retención de facultad y jóvenes médicos a las residencias.

- Que el Gobierno se comprometa a la asignación de fondos para respaldar los programas de adiestramiento de médicos con plazas seguras y fondos recurrentes.

2. *Limitaciones de Acceso a Lugares de Práctica Clínica para los Médicos y Estudiantes de las Distintas PDLS.*

    - La privatización de hospitales, CDTs y otros lugares de adiestramiento en cuidado ambulatorio que operaban bajo el Departamento de Salud y auspiciaban programas de adiestramiento causó que estos desaparecieran o se debilitaran.

    - El desvío de los recursos económicos del Departamento de Salud destinados anteriormente al mantenimiento de programas de adiestramiento para ASES pagar por la Reforma debilitó aún más los programas de adiestramiento acreditados.

    - No se consideró incluir el elemento de formación de los PDLS en las nuevas instalaciones privatizadas.

    - La inestabilidad en las residencias y el sistema de salud ha ocasionado la emigración de profesional de la salud fuera de la isla.

- Con el cierre de los CDT's se fragmentó el adiestramiento de todos los PDLS y el cuidado del paciente en modalidades interdisciplinarias.

Recomendaciones

- Que se hagan accesibles suficientes talleres clínicos para el adiestramiento de médicos y otras PDLS en forma confiable y permanente. (Véase mas adelante la creación y desarrollo de los Centros Médicos Académicos (CMA).

- Reestructuración de una red de servicios médicos por niveles relacionados a estos CMA basada en necesidad de servicios al paciente y no a la presión económica.

- Aumentar y facilitar los acuerdos colaborativos entre la academia y el sector privado para proveer los talleres de práctica clínica idóneos para los médicos en adiestramiento y los otros PDLS.

- La creación de un fondo de respaldo privado obligatorio para la educación médica posgrado y la de los otros PDLS por parte de las aseguradoras. (Ver recomendaciones mas adelante).

- El profesional de enfermería de práctica avanzada puede hacer una gran aportación al mejoramiento de la prestación de servicios de cuidado primario en Puerto Rico. Es esencial que se provean centros de práctica para el(la) enfermero(a) de práctica avanzada durante su formación. Hoy día sólo el Hospital de Veteranos ofrece este taller clínico.

3. *Falta de apoyo a la educación de los profesionales de la salud (PDLS).*

- No existe una política pública que proteja y apoye la educación de los médicos y a otros PDLS en Puerto Rico.
- Se ha ignorado el valor y el potencial de las escuelas de medicina junto a otras escuelas profesionales en proveer servicios de excelencia al grupo de pacientes que no tienen seguro médico y a otros que han quedado marginados al sistema de salud actual.
- Existe evidencia de inconsistencia en el apoyo y compromiso gubernamental e institucional con los programas académicos de enseñanza y adiestramiento, incluyendo los programas de residencia. Estos elementos son un requisito esencial de las agencias acreditadoras de todos los programas académicos.
- Ha sido necesario, aún para la Escuela de Medicina del Estado, recurrir anualmente a la legislatura para asegurar el dinero para sus residencias. Esto envía un mensaje negativo a la facultad, a los residentes, además de a las agencias acreditadoras.
- Se recurre a soluciones transitorias e improvisadas para atender los problemas educativos de médicos y de otros PDLS en adiestramiento. Estos problemas recurrentes empeoran la percepción de las agencias acreditadoras al evidenciarse que no existe un respaldo vigoroso y decidido para la educación de excelencia a los PDLS.
- No hay coordinación entre las escuelas de medicina privadas y la del estado para atender los problemas de adiestramiento que todas comparten.
- El modelo actual de prestación de servicios médicos y su forma de financiamiento dificulta la integración del servicio al prójimo con la enseñanza y adiestramiento a los PDLS, fundamento esencial de

los juramentos de Hipócrates y de Maimonides de estos profesionales. Esto culmina en el deterioro de la relación médico-paciente.

- Muchos médicos que participaban de la enseñanza posgrado perdieron su inmunidad de impericia médica al perderse las instalaciones gubernamentales donde ellos trabajaban y servían como facultad de enseñanza.

Recomendaciones

- Creación de una política pública que atienda las necesidades particulares de la educación de los PDLS utilizando como su base los datos y recomendaciones de la Comisión de Salud.

- El Gobierno del ELA debe por orden ejecutiva indicar que la educación médica y de otros PDLS es esencial para el desarrollo del país en el siglo XXI.

- Asignación de fondos recurrentes para mantener los programas de adiestramiento y pagar a los residentes y facultad que supervisa, incluyendo aumentos de sueldos cada tres años y al mismo nivel que en EEUU.

- Garantizar el mantenimiento y permanencia de los talleres educativos para el adiestramiento de los PDLS en el Centro Médico de Puerto Rico incluyendo los Hospitales Universitarios Pediátrico y de Adultos, en Centro Cardiovascular de P.R. y del Caribe, el Hospital de la U.P.R. en Carolina y las Clínicas Ambulatorias.

- Creación de un fondo de respaldo privado obligatorio para la educación médica posgrado y la de otros PDLS por parte de las aseguradoras. (Ver recomendaciones más adelante).

- Que se creen cuatro Centros Médicos Académicos (CMA) con la participación activa y representación de una de las escuelas de medicina del país en cada uno de ellos y con la cooperación de los IPAs de la Reforma. Esto proveería nuevas ofertas de subsidios a pacientes que no tienen cubierta o cubierta insuficiente de la Reforma. Esto aseguraría la debida e íntima relación entre los procesos de servicios de salud y los procesos educativos a los PDLS.

- Como incentivo vital, todo aquel que participe en labores académicas en los CMA recibirá inmunidad de impericia médica durante su desempeño como docente.

- Que se cree un comité compuesto por los decanos de las Escuelas de Medicina que participen en los CMA para que se mantenga informado al país, a través del Departamento de Salud, del estado de la educación médica y la de otros PDLS en Puerto Rico.

- La Política Pública del Gobierno del ELA tendrá que garantizar que los sueldos para la facultad y los residentes nunca han de reducirse y que, por el contrario, se asegurará de que haya fondos para aumentos periódicos.

4. *Dualidad en la formación profesional de médicos.*

- Los médicos que estudian en el extranjero y vuelven a Puerto Rico no tiene que tomar el "United States Medical Licensure Examination" (USMLE) o el "Examination Council of Foreign Medical Graduates (ECFMG), para poder practicar en la Isla. El único requisito es completar sólo un año de internado "criollo" no acreditado y aprobar el examen de licenciatura del TEM (Reválida de P.R.). Luego de cumplir con estos requisitos pueden practicar como médicos generalistas sin haber completado una residencia

acreditada. Al presente cuatro de cada diez médicos en PR que ejercen la práctica de la medicina, la realizan con este mínimo de cualificaciones o credenciales profesionales. Este es el grupo médico que constituye la base de proveedores de servicios primarios en el modelo actual de los servicios de salud de la Reforma y son los que componen la inmensa mayoría de los que trabajan en los IPA's, en los CDT's y salas de emergencia.

- En EEUU y Puerto Rico todos los médicos egresados de escuelas de medicina acreditadas cumplen con todos los requisitos del USMLE y completan por lo menos tres años de adiestramiento postgrado en programas acreditados antes de practicar la medicina.

- En los EEUU, hace ya muchos años, todos los estados abandonaron la práctica de utilizar un examen de licenciatura estatal o local para practicar la medicina y se acogieron al USMLE para así evitar la dualidad en las credenciales del médico. Todavía en PR existen dos formas de obtener una licencia para practicar la medicina.

- Con esta dualidad para obtener una licencia para la práctica de la medicina en Puerto Rico, la calidad del cuidado médico primario es cuestionable, ya que se ofrece por profesionales con el mínimo de adiestramiento. A largo plazo, esta situación podría crear un número mayor de personas con enfermedades crónicas pobre o insuficientemente tratadas.

- El modelo de la Reforma actual propició que los médicos generalistas, asumieran el riesgo económico en el cuido de sus pacientes, lo que a su vez promueve el racionamiento de servicios preventivos, diagnósticos y curativos.

- La dualidad en la formación profesional de los médicos presagia mal para una profesión antigua y honorable, y establece una dualidad insostenible que viola las exigencias y expectativas de servicios y garantías de calidad que conlleva la práctica de la medicina hoy en día, y aún más, en el futuro.

Recomendaciones

Crear la política pública que establecerá:

- Que comenzando el 1ro de julio de 2007, todo nuevo médico que quiera practicar la medicina en Puerto Rico tendrá que haber cumplido los requisitos del USMLE o el ECFMG en caso de que se hubiese graduado del extranjero. Además deberá proseguir a completar por lo menos tres años de residencia en programas acreditados para practicar medicina en Puerto Rico.

- Que el Tribunal Examinador de Médicos emita un comunicado a estos efectos, según el punto anterior.

- Que la Legislatura enmiende la ley que regula la práctica de la medicina en PR para cumplir con estos nuevos requisitos.

- Que el Departamento de Salud provea los fondos necesarios para sostener la facultad clínica necesaria para adiestrar a los residentes y otros PDLS y que estos sean suficientes y recurrentes.

- Que los fondos que se provean sean dirigidos hacia el mejoramiento y preservación de programas educativos acreditados y se mantenga así una sola vía de adiestramiento posgrado; esto es el acreditado por todas las agencias concernidas.

- El Consejo de Educación Superior con la ayuda de todas las instituciones de enseñanza superior desarrollarán un programa de orientación a todos los estudiantes interesados en estudiar medicina y otras PSLD.

5. *Emigración de los PDLS fuera de Puerto Rico.*

- La inestabilidad en el sistema de salud actual y la inseguridad del logro y mantenimiento de acreditación del programa de adiestramiento posgrado han ocasionado la migración de PDLS, particularmente médicos, fuera de la Isla.

- Aproximadamente el 30% de los graduandos de las escuelas de medicina acreditadas en PR optan por trasladarse a los EE.UU. para su adiestramiento posgrado. Se estima que menos de la mitad regresa a la Isla para practicar la medicina al finalizar sus residencias.

- El TEM tiene datos señalando que anualmente aproximadamente un 6% de los médicos especialistas cierran sus prácticas en la Isla y se trasladan a los EE.UU.

- Los directores de los programas de adiestramiento posgrado indican que entre un diez a un quince porciento de los médicos en adiestramiento de especialidad en la Isla migran a los EE.UU. luego de finalizar su residencia. Se han dado situaciones especiales en las que todos los médicos en un programa particular se han trasladado a los EE.UU. justo después de haber terminado su residencia.

- Los sueldos de los PDLS en PR son significativamente más bajos en comparación con los que devengan profesionales de igual preparación en los EE.UU. a pesar de los altos costos de vida en la

Isla y de las mismas exigencias y expectativas de su rendimiento profesional.

- En la actualidad las oportunidades de trabajo del profesional de la enfermería y los profesionales de los distintos campos de la rehabilitación en PR no son congruentes con sus estudios, orientación profesional y formación educativa.

Recomendaciones

- Los sueldos de facultad y los residentes deben de equipararse a los de los EE.UU., ya que el dinero es recobrable de Medicare. En las presentes negociaciones con Medicare se debe de incluir el reclamo para los sueldos de educación médica.

- El Gobierno debe ofrecer incentivos de sueldos y beneficios marginales atractivos para llevar a PDLS a áreas desprovistas de sus servicios en distintos puntos de la Isla.

- Los sueldos de los PDLS deben ser competitivos con los de los EE.UU. para evitar fuga de talento local.

- Se debe modificar la situación de los seguros de impericia médica, específicamente sus costos y límites de cubierta para evitar el éxodo de médicos.

- Se le debe otorgar inmunidad legal contra reclamos de impericia médica a la facultad a cargo de programas de enseñanza y adiestramiento de médicos y otros PDLS mientras esta facultad este cumpliendo con sus labores académicas.

COMITÉ DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Comité de Estructura Organizacional en la gestión de su encomienda por La Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico se ha dado al estudio y análisis del Sistema de Salud de Puerto Rico en el contexto del marco

formativo, sus políticas y programas, recursos presupuestarios, físicos y humanos, eficacia, eficiencia y justicia social en la persecución de la satisfacción de las necesidades de salud de todos los puertorriqueños, dentro del marco de las leyes habilitadoras e incluyendo los sectores públicos y privados.

Con el propósito de tal estudio se ha hecho un meta-análisis de múltiples documentos, estudios, informes, leyes y enmiendas del sistema de salud, vistas públicas, presentaciones especiales, entrevistas y discusiones en grupo y subgrupos sobre la estructura organizacional del sector salud incluyendo sus constituyentes y los grupos de interés. Se han encontrado divergencias en algunos datos provenientes de diferentes fuentes por lo que se han escogido aquellas fuentes de datos que empíricamente se le adjudica mayor credibilidad.

Para los fines del análisis del Comité, el Sector Salud se define como aquel que abarca todas las acciones que contribuyen al fomento y al mejoramiento de la salud, incluyendo las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud. Agrupa dicho sector las actividades de prevención, protección, promoción y prestación de servicios dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de la población mediante el desarrollo de profesionales, el financiamiento, la planificación, evaluación y la formulación de política pública.

Enfatiza el Comité la consideración de los valores sociales fundamentales y las aspiraciones de todos los puertorriqueños como elementos y criterios clave para la formulación de política pública en la evaluación del funcionamiento del sistema de salud y los cambios necesarios para el mejoramiento y eficiencia de tal funcionamiento. Se proclama el deber del Estado a través del Departamento de Salud de Puerto Rico de realizar su misión de propiciar y conservar la salud de la población como un estado o condición de bienestar físico, emocional y social que permita a los habitantes de Puerto Rico el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la sociedad.

Se reconoce la salud así definida como un derecho de todo ser humano independientemente de su clase social, edad, raza, nacionalidad, sexo, religión o capacidad económica. Se define y se adoptan como responsabilidades de preeminencia del Departamento de Salud del Estado libre asociado de puerto Rico aquellas con pertinencia a:

- La conducción de Política General de Salud, las Funciones Esenciales de Salud Pública y la Regulación Sectorial.
- La vigilancia y garantía del aseguramiento
- La armonización de los servicios de Salud

Se asume una tipología de Seguro de Salud de carácter social basado en el marco del Estado Benefactor donde el Estado interviene cuando la capacidad de la familia para atender las necesidades de salud de sus miembros no existe o se agota y donde la función rectora del Estado desplaza al mercado como proveedor de protección social y la garantiza a través de sus mecanismos. No

excluye dicho enfoque la participación del subsistema privado de salud ni de sus componentes ni la colaboración que éstos puedan brindar al Estado en beneficio de todos los puertorriqueños

Debilidades

- Falta de integración y análisis periódico para demostrar la costo-efectividad de los modelos de prestación de servicios de salud vigentes.
- Falta de una planificación estratégica e integrada
- Evaluación y fiscalización incompleta y fraccionada de los servicios de salud
- Diversas agencias del gobierno administrando los seguros y ofreciendo los servicios de salud
- Ausencia o limitado control por el Departamento de Salud
- Pobre continuidad en el tratamiento de los pacientes de la Reforma
- Deficiencias en el acceso a médicos especialistas y a medicamentos de alto costo en la Reforma (ej.: diabetes y salud mental)
- Duplicidad de los servicios
- Estancamiento en los Hospitales Universitario de Adultos y el Pediátrico por el gran volumen de casos
- Limitación de servicios en el Hospital de Trauma por falta de los recursos necesarios y un aumento en la demanda por esos servicios.

- El Sistema de Salud está altamente fragmentado y desarticulado.
- La autoridad y funciones de cada componente no están claramente delineadas.
- No hay un marco conceptual claramente establecido con consecuente conflicto en los enfoques.
- Hay falta de agilidad para responder a los retos y oportunidades producidas por el ambiente externo.
- Funciones y operaciones de rectoría y fiscalización efectivas no se dan.
- Existen serias deficiencias en las competencias clínicas de muchos de los médicos primarios que sustentan la base del Sistema de Salud.
- Hay ausencia de un verdadero Sistema de Salud comprensivo, integrado, racional y costo-eficiente que responda a las necesidades y aspiraciones de salud de los puertorriqueños.
- Existe un dilema ético para el médico proveedor de servicios
- La distribución de riesgos tal y como está vigente en este momento fomenta el racionamiento de servicios
- Los costos continúan incrementándose de forma inaceptable
- Las gestiones de promoción, prevención, y protección de la Salud Pública se han reducido sustancialmente
- Rige un enfoque económico en detrimento del enfoque salubrista
- La recopilación y el análisis de datos para la formulación de política pública se redujeron sustancialmente.

- Se creó un segmento considerable de la población (7%) sin un seguro médico.
- Los talleres para la educación médica y de profesionales de la salud se redujeron sustancialmente en un 67%
- Los indicadores de salud no mejoraron sustancialmente y en algunos casos, empeoraron como lo es la tasa general de mortalidad.
- La capacidad del Estado, a través del Departamento de Salud, de formular política pública se redujo.
- Se le ha dado mayor énfasis al tratamiento agudo del paciente en detrimento a las actividades de prevención, promoción y protección de la salud.
- El modelo ha dado ingerencia a las aseguradoras en la formulación de política inherente al organismo de rectoría del Estado
- Hay un descontento general en los paciente atendidos bajo el plan de Reforma*
- Los sistemas de información son ineficientes y deficientes
- Hay fragmentación y desarticulación en la continuidad del tratamiento médico

Fortalezas

- El modelo vigente provee una cubierta básica amplia
- Existe una cubierta especial para casos de alto costo
- Se da acceso a los hospitales y otros establecimientos de salud privados
- Hay mayor y mejor acceso a la salud oral
- Se provee medicamentos que son esencialmente libre de costo
- Tienen una cubierta geográfica amplia, cubriendo los 78 pueblos de la Isla
- Provee libre selección dentro de una red de proveedores definida
- Existen unos recursos profesionales de excelente formación académica y clínica y con un compromiso serio hacia el bienestar de todos los puertorriqueños.
- Los distintos componentes del Sistema están abiertos a reconocer sus limitaciones y están receptivos al cambio.
- Aún con sus deficiencias, el sistema provee las necesidades básicas de salud de la mayor parte de los puertorriqueños (estamos mejor que la mayoría de las naciones).
- La empresa privada está en buena disposición de cooperar con la gestión gubernamental dentro del contexto de sus intereses.

Recomendaciones

- Retomar la discusión y evaluación de la propuesta elaborada en el 2001 que plantea la reestructuración del Sector Salud a fin de facilitar que el Departamento de Salud retome el liderato y ejerza plenamente la función de rectoría.

- Reconocer y agrupar todos los servicios de salud o relacionados del sector gubernamental, bajo la jurisdicción del Departamento de Salud.

- Armonizar los planes de trabajo y la acción de todos los servicios ubicados en otras agencias gubernamentales para que respondan a la política del Departamento de Salud y su Secretario.

- Facultar y capacitar al Departamento de Salud para asumir la responsabilidad por las garantías de acceso y calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Facilitar que el Departamento de Salud sea el administrador de los recursos humanos de los servicios de salud pública.

- Establecer una estructura organizacional ágil que integre los miembros que componen el sector: Proveedores de Servicios Médicos, Administradores de Seguros de Salud y Servicios de Salud Pública bajo una misma unidad Gerencial y Administrativa.

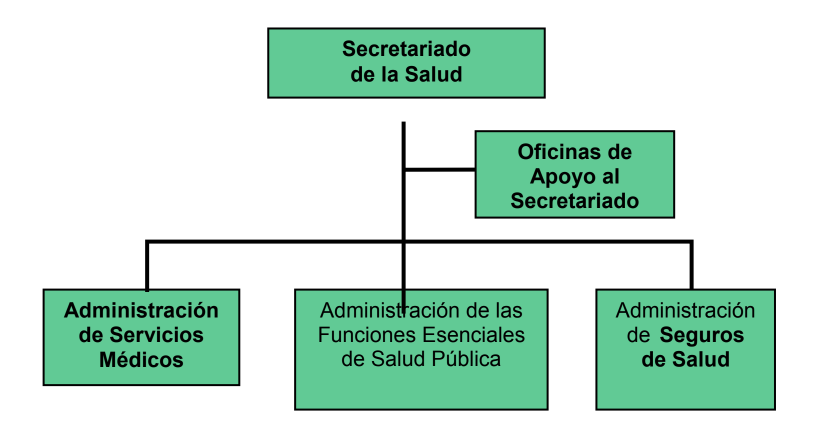
- Eliminar la duplicidad de servicios para distribuir de manera equitativa los recursos disponibles.

- Facilitar la creación de políticas y procedimientos estándares en todos los programas, asegurará que los mismos sean compatibles con la política pública de salud y promoverá la administración de todos los servicios de forma costo- efectiva.

- Agilizar la planificación e implantación de la política pública mediante la educación a la comunidad permitiendo su participación en la creación con las necesidades de la comunidad., evaluación y monitoreo de las mismas.

- Garantizar que las metas y objetivos del Departamento de Salud coincidan

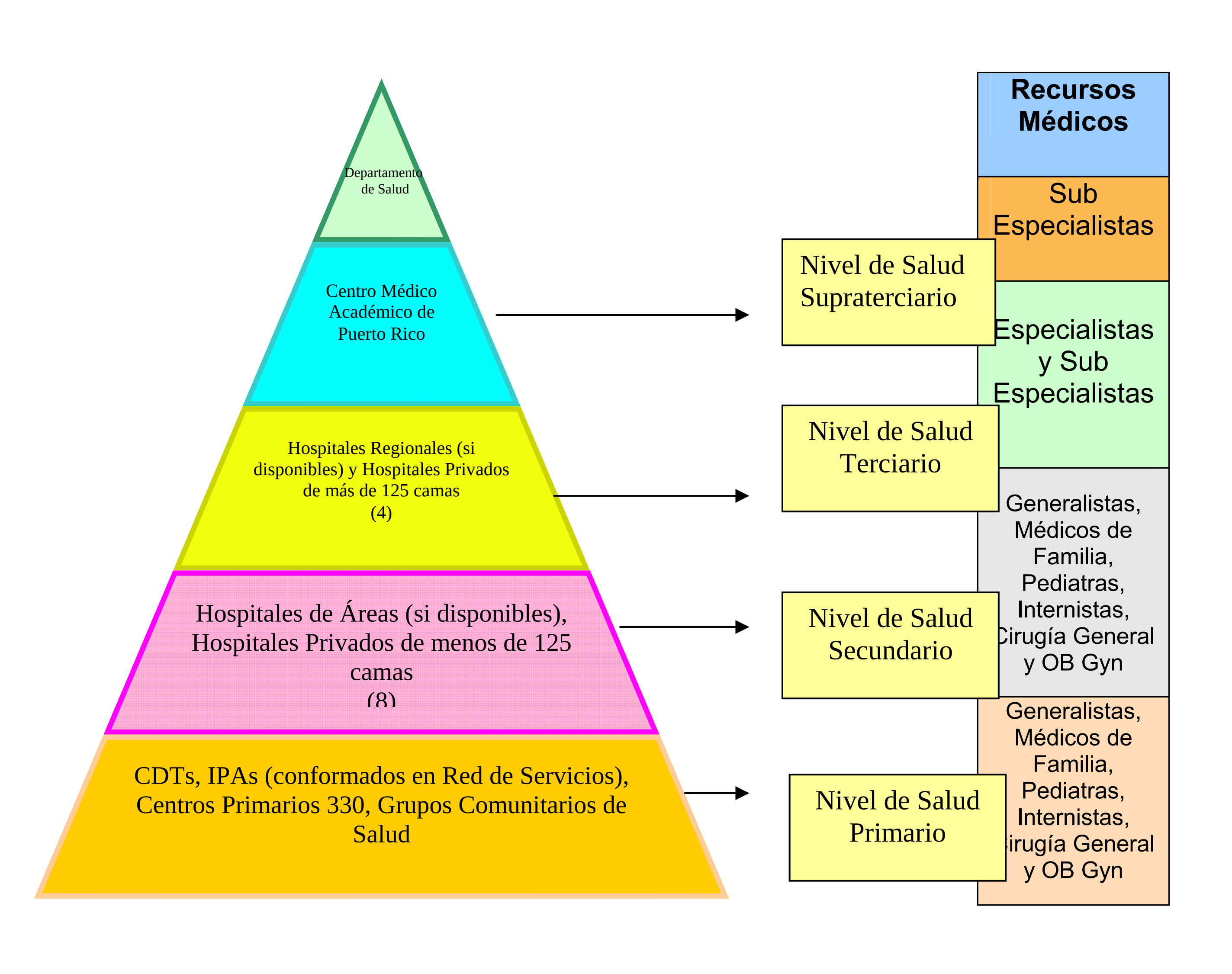
Organigrama Propuesto para Integrar el Sector Salud[19]



[19] New Vision of the Puerto Rico Health System (2002)

Propuestas y Recomendaciones para la Estructura Regional del Sistema de Prestación de Servicios de Salud por Nivel de Cuidado

ESTRUCTURA REGIONAL DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE CUIDADO



La **Estructura Regional del Sistema de Prestación de Servicios de Salud** se podría constituir de la siguiente forma:

ESTRUCTURA REGIONAL DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE CUIDADO

OPERACIÓN	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	SUPRATERCIARIO
SERVICIOS	Prevención primaria, Consultas, Urgencias	Urgencias, Emergencias, Prevención secundaria, Admisiones no completas	Emergencias completas, Admisiones completas	Emergencias y Admisiones supra-completas
PERSONAL	Generalista adiestrado, Médico de Familia, Pediatras, Internistas	Médico de Familia, Internista, Pediatra, Cirujano, OB-Gyn	Especialistas Sub-especialistas	Sub-especialista
EQUIPO	Lo esencial: Rayos X y Laboratorio	CT, Rayos X, Laboratorio	MRI, CT, Medicina nuclear	Extra especializado
LUGAR	Oficinas Médicas, CDT, Centros de Salud	Hospital de área, hospitales con menos de 125 camas	Hospitales Regionales, hospitales con más de 125 camas	Centro médico, Hospital de servicio extra especial

Los roles del Estado a través del Departamento de Salud y del Subsistema privado de prestación de servicios de Salud podría definirse en términos generales en base a las siguientes funciones:

SISTEMA DE SALUD: ROLES DEL ESTADO Y DEL SUBSISTEMA PRIVADO

Funciones	Departamento de Salud	Sector Privado
Políticas y Normas	Las establece, incluyendo guías de calidad y de cuidado médico basado en la evidencia	
Permisología	Certificación y Recertificación de todos en el Sistema, incluyendo CON, facilidades de salud, laboratorios, radiología y farmacia, profesionales de la salud; Tribunales Examinadores incluyendo querellas, suspensión y asuntos de calidad	
Fiscalización y Seguimiento	Supervisión de guías y leyes (calidad, cumplimiento con guías clínicas HEDIS, auditorías de calidad)	
Salud Pública	Estadísticas vitales; Epidemiología; Registros; Enfermedades infecciosas; Vigilancia de aire, agua y ambiente; Inspecciones, etc.	
Funcionamiento	Fondos públicos (Presupuesto operacional, ASES, ACCA, etc.)	Fondos privados, Planes médicos privados/Pago directo
Servicios	Vacunación, Peritaje criminal (Medicina forense), Peritaje de incapacidad, Educación, Prevención, Detección temprana, Emergencias médicas, Nivel supraterciario, Salud mental, Centro de trauma, Centro inmunológico, Centro quemaduras, Víctimas violación, Maltrato, Deambulantes, indocumentados, presos, adictos	Prevención; Detección temprana; Niveles primario, secundario, terciario y supraterciario; Salud mental
Academia	Internos/Residentes	Internos/Residentes
Coordinación	Coordinación con Educación, Familia, Vivienda y Menores	

COMITÉ DE IMPERICIA MÉDICA Y ASUNTOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS

El pasado 18 de febrero de 2005 el Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico Hon. Aníbal Acevedo Vilá emitió el Boletín Administrativo Núm. 18 en el cual creaba la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico adscrita al Departamento de Salud.

Esta comisión será responsable de llevar a cabo una evaluación abarcadora del Sistema de Salud existente en el país, y en particular, deberá evaluar el impacto de la implantación de las Leyes Núm. 72 de 7 de septiembre de 1975, según enmendada y la Ley Núm. 190 de 5 de septiembre de 1996, según enmendada.

Para cumplir con este mandato, se nombró un comité de 13 miembros presidido por el Dr. Jorge L. Sánchez. El comité se reunió y conformó su reglamento el día 14 de marzo de 2005. En reuniones posteriores se subdividieron temas relacionados que inciden al sistema de salud. Estos subcomités son: el subcomité de Promoción prevención y protección de la salud, el subcomité de Servicios de salud, el subcomité de Salud mental, el subcomité de Estructura organizacional, el subcomité de Financiamiento, el subcomité de Educación a profesionales de la salud, el subcomité de Ética y el subcomité de Impericia médica y asuntos legales y reglamentarios.

Este subcomité, el de Impericia médica y asuntos legales y reglamentarios, evaluó más de 80 documentos entre ponencias, proyectos sometidos en el Senado, recortes periodísticos, leyes estatales, estadísticas de impericia y legislación comparativa en los estados de los Estados Unidos de Norteamérica.

A petición del subcomité la Oficina del Comisionado de Seguros realizó un análisis general de los casos de impericia médica basados en datos que anualmente recopilan. Estos datos son: el número de reclamaciones radicadas, la cantidad reclamada, el número de reclamaciones pagadas, la cantidad pagada, el número de reclamaciones denegadas o cerradas, el número de reclamaciones pendientes y las reservas pendientes para el pago de los casos adjudicados. Cada una de estas variables se agrupan para los siguientes grupos: médicos, cirujanos, dentistas, hospitales y laboratorios.

Basado en los datos de la Oficina del Comisionado de Seguros, el promedio de pagos por reclamación aumentó en más de un 11 por ciento desde 1991 hasta 2004. En 1991, el promedio pagado era de $20,714 mientras que en el 2004 fue de $81,750.

En 1991 el perfil de una reclamación era: una reclamación a un médico, solicitando $1.2 millones en compensación. Si la reclamación prosperaba, se recibía una compensación de $20 mil ó 62 veces menos de lo solicitado. En el 2004 el perfil de una reclamación era: una reclamación a un médico reclamando $1.8 millones en compensación. Si prosperaba se recibía una compensación de $82 mil ó 23 veces menos de lo solicitado.

El subcomité evaluó legislación en cuatro estados de los Estados Unidos de Norteamérica donde la Asociación Médica Americana ha indicado que no existe un problema de impericia médico hospitalaria. Estos son: Louisiana, Nuevo México, Wisconsin y Alabama.

De la legislación aprobada por los estados evaluados, los cuatro (4) tienen disposiciones sobre prescripción de casos. en los cuatro estados tienen prescripción de tres (3) años. Tres (3) estados poseen protecciones especiales para los menores siendo louisiana el único que trata a los menores igual que a los adultos. Lla protección concedida por nuevo méxico dura nueve (9) años, mientras que la de wisconsin dura hasta los diez (10) Años.

Los cuatro (4) estados evaluados tienen pagos periódicos, tres (3) de ellos mediante el Fondo de Compensaciones al Paciente. Los cuatro (4) estados tienen legislación sobre *fuente colateral,* pero cada estado ha implantado esta legislación de forma variada.

De lo analizado se desprende que los cuatro (4) estados requieren de *perito* y tres (3) de los cuatro (4) estados tienen *límites en daños no económicos*. Este tipo de límites oscila entre $250 mil y $500 mil. Dos (2) de los cuatro (4) estados evaluados tienen límites a los *honorarios a los abogados* y el mínimo cobrado es de 20% para demandas de más de un (1) millón de dólares.

Tres (3) estados tienen legislación sobre arbitraje, aunque solamente en Nuevo México es mandatorio recurrir al arbitraje antes de un juicio. Tres (3) de los cuatro (4) estados evaluados tienen un fondo de compensación para pacientes que sufren de impericia médica. Los tres (3) fondos son distintos en sus cubiertas y en la forma de administrarse. Los límites de cubiertas en casos de impericia oscilan entre $100 mil y $3 millones.

De la legislación que contienen los estados evaluados, Puerto Rico cuenta con limitaciones a los honorarios de los abogados, con un banco de peritos, con los pagos periódicos, protección a los médicos y enfermeras que laboran en el sector público y penalidades a los abogados por presentar casos frívolos. Además, Puerto Rico cuenta con un Sindicato de Aseguradores para suscribir seguros de responsabilidad profesional médico-hospitalarios (SIMED).

De los datos sobre los Programas de Educación Médica Graduada es obvio que la responsabilidad de preparar a los futuros médicos con los que ha de contar el país ha pasado de ser una responsabilidad casi exclusiva del Gobierno para convertirse cada día más en una responsabilidad asumida por instituciones privadas. Sin embargo, estas instituciones que están asumiendo esta responsabilidad no cuentan con la protección que cobija al Gobierno, encareciendo así los costos de operar estos programas de educación médica graduada y desincentivando a aquellas instituciones que operan o que puedan tener interés de operar programas futuros. En la medida en que se reduzcan las oportunidades de los futuros médicos de participar en un programa graduado de educación médica, menor será la disponibilidad de médicos para atender las necesidades de salud del pueblo puertorriqueño. Ver Anteproyecto anejado.

Conforme a los hallazgos antes presentados el Subcomité somete ante la consideración de la Comisión en Pleno las siguientes recomendaciones:

Que se provean los recursos para que la oficina del comisionado de seguros recopile y publique anualmente información más detallada sobre los casos resueltos de impericia médica.

Que se establezca en Puerto Rico un fondo de compensación a víctimas de impericia médica y de seguro médico que sirva como instrumento de pago en aquellos casos donde ocurra impericia médica en exceso de los límites requeridos en la ley.

El Fondo debe ser creado como una entidad cuasi pública que cubra daños por impericia médica que excedan los límites disponibles en el mercado hasta tres (3) millones. Los daños a cubrir serían aquellos ocasionados a un paciente por error, omisión, culpa o negligencia. El Fondo estará compuesto por una Junta asesora con representación de la industria de seguros, los médicos, abogados, los consumidores, hospitales y el gobierno.

Este fondo debe ser nutrido con aportaciones de los proveedores de servicios de salud cualificados y por el Estado. Los intereses generados se acreditarán al Fondo y los pagos que éste emita para cubrir los gastos médicos autorizados caducarán con la muerte del beneficiario.

Se sugiere que se adopte en Puerto Rico el concepto de fuente colateral de pago a fin de que cada demandado responda exclusivamente por la proporción del daño que ocasionó.

Se recomienda extender a todas aquellas instituciones que operen un programa de educación médica graduada y a los profesionales de la salud presten servicios relacionados en ellas, la inmunidad contemplada bajo la Ley 104 de 29 de julio de 1955.

El Subcomité recomienda que se estudien detalladamente los modelos que existen en los estados de Louisiana y Wisconsin, ya que en estos dos estados actualmente no existe un problema de impericia, según la Asociación Médica Americana.

COMITÉ POBLACIÓN SIN SEGURO DE SALUD DE PUERTO RICO

I. Magnitud y Perfil de la Población No Asegurada de Puerto Rico

Según estimados provenientes del Estudio Continuo de Salud para el año 2003 se estima que había unas 353,058 personas sin seguro de salud en Puerto Rico o un 9.10% de la población no institucionalizada. Estos estimados del Estudio Continuo de Salud no incluyen la población deambulante en Puerto Rico por lo tanto el número real de personas sin seguro de salud para el año 2003 deben ser en realidad mas altos de lo estimado.

El perfil de esta población es el siguiente. Utilizando otra vez los datos provenientes del Estudio Continuo de Salud se observa consistentemente durante el periodo del 2001 al 2003 que la mayor parte de los no asegurados son hombres. En efecto, 6 de cada 10 no asegurados son hombres y 4 son mujeres. Esto contrasta marcadamente con el hecho de que para el mismo año, según el *Census Bureau*, las mujeres constituyeron alrededor del 52% de la población total. Por lo tanto, es evidente que ser hombre es un factor de riesgo para no tener seguro de salud. En cuanto a la edad, los grupos de edad con mayor cantidad de no asegurados son los jóvenes de 20 a 24 y de 25 a 29 años. El número de no asegurados aumenta en los grupos de edad de niños y adolescentes según se acercan al grupo de edad de 20 a 24 años. Del grupo de 30 a 34 años en adelante, sin embargo, el número de no asegurados se va reduciendo paulatinamente según las personas se hacen más viejas. En resumen, cuando se compara los no asegurados con la población en general, el perfil demográfico sugiere que los que están en mayor riesgo de no tener seguro son las personas de edad joven, y luego le siguen los niños.

En cuanto a su situación laboral, los no asegurados tienden a ser un grupo con una mayor tasa de participación del mercado laboral y una mayor tasa de empleo. Sin embargo, aún con una tasa mayor de empleo no consiguen un seguro de salud a través de su trabajo. Esto se debe en gran parte al tipo de empleo que tienen. Resalta el hecho del que el 64% de los no asegurados empleados trabajan en la empresa privada, mientras que el 27% tiene negocio propio, y finalmente solo el 9% trabaja en el gobierno sea este federal, estatal, o municipal. Estos datos contrastan también con las de la población en general ya que el por ciento de personas empleadas en el gobierno es cerca de un 22%, mientras que la proporción de la población auto empleada es mucho mas bajita. Estos datos confirman la hipótesis que gran parte de las personas no aseguradas son personas que trabajan en negocios privados pequeños que no ofrecen el beneficio de un plan medico o son personas que trabajan por cuenta propia y no ganan lo suficiente para comprar un seguro o en todo caso optan por no comprar un seguro. Esto es bien importante al momento de considerar alternativas de política pública para esta población.

Finalmente, una variable importante del perfil de esta población es el nivel de ingresos que esta población tiene. Según el *Behabioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS)[20] realizado por el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) se destaca el hecho de que las personas con ingresos de $15,000 a $25,000 están sobre representados en los no asegurados comparados con la población total. Mientras las personas con ingresos superiores a los $25,000 están subrepresentados entre los no asegurados. En el caso de las personas con ingresos menores de $15,000 no hay diferencia significativa entre los no asegurados y la población total. Por lo tanto, el riesgo mayor de no tener seguro recae en la población cuyo ingreso fluctúa entre los $15,000 y $25,000.

[20] Fuente: http://www.cdc.gov/brfss/

II. Recomendaciones

Para atender el problema de la población no asegurada hemos dividido las recomendaciones entre aquellas a corto y mediano plazo versus aquellas de largo plazo.

Posibles medidas de corto y mediano plazo:

1. **Hacer un estudio que nos permita conocer la situación de la población no asegurada con mayor precisión. En especifico, el perfil epidemiológico, el estado de salud, los patrones de utilización de servicios, y las necesidades de servicios de la población no asegurada en Puerto Rico**. La fuente de información más accesible para conseguir parte de esta información es el Estudio Continuo de Salud. Entendemos, que recientemente el Departamento de Salud recibió fondos federales para hacer un estudio de la población no asegurada en Puerto Rico. Sugerimos se acelere la implementación de dicho estudio y que se asignen fondos para analizar los datos del Estudio Continuo relacionados a los no asegurados. Si el Departamento de Salud no toma cartas en el asunto prontamente sugerimos se transfieran estos fondos a la Escuela Graduada de Salud Pública o a ASES para entonces realizar el estudio.
2. **Ampliar los límites de elegibilidad de Medicaid a un 250% o 300% del nivel de pobreza para incluir a una mayor población de niños de 18 años o menos que no tienen seguro utilizando los fondos provenientes del programa CHIP.**
3. **Ofrecerles el seguro de salud del gobierno, aunque no necesariamente con la misma cubierta, a la población no asegurada.** ASES le vendería el seguro de salud del gobierno a los no asegurados utilizando una prima relativamente barata comparada con los planes comerciales. El pago de dicha prima seria compartido entre el gobierno, los patronos, y los individuos o familias. ASES puede ofrecerle un seguro accesible con una cubierta básica y adecuada a la población no asegurada con los siguientes mecanismos: la creación de una cubierta

básica pero adecuada, el uso de deducibles y co-pagos mas altos que los de la reforma, el uso del *community rating,* y de economías de escala**.**

4. **Enmendar la ley de contribuciones para ofrecerle un crédito contributivo de 100% a las personas que compren un seguro por su cuenta sea este el seguro de salud del gobierno o uno privado.** La idea es incentivar la adquisición de seguros de salud por parte de los no asegurados dándole el mismo trato que se les da a los empleados que adquieren un seguro de salud a través del patrono.
5. **Crear una alianza entre el Departamento de Salud, ASES, y los centros de salud primarios del país, como por ejemplo los centros 330 y otros centros de salud, para expandir los servicios de salud primario a la población no asegurada.** El Departamento de Salud podría subsidiar el establecimiento y operación de estos centros, y ASES contrataría a estos centros directamente utilizando mecanismos de prepago para abaratar costos. Mientras los centros se esfuerzan en atraer e incorporar a los no asegurados, y en ofrecerles un cuidado medico de calidad e integrado.
6. **Reducir y eliminar al máximo las barreras burocráticas que existen actualmente para que las personas deambulantes puedan obtener el seguro de salud del gobierno. Además, coordinar entre el Departamento de Salud, ASES, las aseguradoras en reforma, y las organizaciones comunitarias que sirven a los deambulantes una campaña masiva de "*outreach*" para registrar a los reambulantes en el seguro de salud del gobierno y facilitarles el uso de los servicios de salud a los que tienen derecho.**

Medidas de Largo Plazo:

1. **Finalmente, recomendamos el establecimiento gradual de un seguro universal en Puerto Rico que integre en un solo sistema a toda la población del país y que complemente de forma sinérgica seguros públicos como el de Medicare.**

Capítulo V
Propuesta de Transformación del Sistema de Salud de Puerto Rico: Conclusiones y Recomendaciones Generales

…..es tiempo de pensar en la totalidad…..
el diseño de la regionalización todavía es
una promesa incumplida y un ideal por
el que debemos luchar………..
Arbona, G., Ramírez de Arellano, A.B. (1977)

Introducción

A la luz del marco conceptual establecido para la evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico, de los hallazgos generales del análisis de la salud de la población y del estado del sistema de salud, de los trabajos de análisis situacional estratégico y de la investigación evaluativa llevados a cabo por los Comités Permanentes se elaboraron recomendaciones de la Comisión que aspiran a transformar el Sistema de Salud de Puerto Rico. Esta Propuesta de Transformación se enmarca en la Visión de futuro que estableció la Comisión para el nuevo Sistema de Salud de Puerto Rico:

Alto nivel de bienestar físico, mental, espiritual y social en la población de Puerto Rico, con capacidad y responsabilidad personal para conservar su salud, propiciar la prosperidad social, económica, física y ambiental de sus comunidades y velar por el desempeño excelente del sistema intersectorial de salud.

La Propuesta también se basa en los Valores que establecen los principios fundamentales que propiciarán el desarrollo óptimo de este Sistema de Salud. Entre ellos, se destaca:

1. El respeto a la dignidad humana.
2. La autonomía y participación activa de las personas y de la comunidad, en las decisiones relacionadas al mejoramiento de la salud individual y la salud de la población como un todo.
3. Confidencialidad de la información y privacidad en la toma de decisiones respecto a la salud.
4. Atención pronta y oportuna a las necesidades de salud de la población.
5. Calidad en el cuidado de salud a nivel personal y colectivo y mejoramiento continuo de las condiciones de vida como principales determinantes del nivel de salud de las personas.

6. Claridad y efectividad de la comunicación entre consumidores y proveedores de servicios de salud.
7. Acceso a redes sociales de apoyo de la familia y la comunidad para lograr los objetivos para el mejoramiento de la salud personal y colectiva.
8. Selección de profesionales de la salud y organizaciones de servicios de salud.
9. Continuidad del cuidado a través de redes de servicios de salud y en acuerdo al perfil epidemiológico de la población.
10. Ciudadanos responsables y comprometidos con su bienestar integral físico, mental, espiritual y social.
11. Colaboración y apoyo entre los grupos de interés en el sector salud.
12. Acceso a servicios de salud de excelencia.
13. Principios éticos en la práctica profesional.
14. Disponibilidad de una cubierta básica universal para todos/as los/as ciudadanos/as.
15. Solidaridad con las poblaciones más vulnerables y marginalizadas.
16. Equidad en acceso a servicios de prevención primaria, secundaria y terciaria.

A continuación se presenta las conclusiones principales y las recomendaciones de la Comisión para transformar el sistema de salud vigente hacia un nuevo sistema de salud intersectorial, es decir conectado con otras entidades y sectores sociales relacionados para maximizar la capacidad de atención de salud para la población.

Conclusiones Principales

Luego del estudio y evaluación crítica del nivel de salud de la población de Puerto Rico y del estado del sistema de salud la Comisión reconoce que el modelo de prestación de servicios de salud existente necesita ser transformado. Esta introspección objetiva a base de una radiografía clara del Sistema de Salud de Puerto Rico y de la política pública que lo rige ha demostrado que existe:

1. Problemas de **acceso, eficiencia y equidad** a un cuidado de salud del nivel más alto posible, aún con los cuantiosos recursos que se invierten en él.

2. La **calidad** de los servicios curativos y rehabilitativos, y los relacionados a prevención primaria y secundaria reflejan dudas razonables.

3. Relación **médico-paciente** severamente afectada.

4. **Insatisfacción,** tanto de proveedores como de los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.

5. **Costo eficiencia** cuestionada, manifestada por el hecho de que somos el país del mundo que más recursos invierte en relación al Producto Bruto Nacional y nuestros resultados de salud están por debajo de todos los países industrializados comparados

6. **La asignación de riesgo** penaliza indebidamente al médico primario al imponerle riesgo financiero (no contemplado en la Ley 72 de 1993), por los servicios provistos por otros proveedores a los beneficiarios suscritos a su centro primario. Este mecanismo propicia la creación de dilemas éticos al médico primario al enfrentarse a la posibilidad de denegar servicios indicados o dilatar pruebas clínicamente necesarias.

7. La **educación a profesionales** de la salud se ha visto seriamente afectada por la falta de una política pública que apoye la educación y capacitación de estos profesionales, por la pérdida de talleres clínicos y pérdida de facultad e inmunidad legal. Se observa fuga de profesionales de atención primaria, principalmente médicos y personal de Enfermería.

8. La realidad de **la impericia médica** en PR, es la falta de un balance entre proteger el derecho de los pacientes a demandar; sin perjudicar el derecho de todos/as a contar con los médicos y especialistas cuando se necesitan. El 70% de las demandas cierran sin pagos por inmeritorias o frívolas, pero exponen al médico a cerrar su práctica, retirarse, reducir procedimientos riesgosos o emigrar fuera de PR.

9. El **costo de los medicamentos** es varias veces superior a lo que era el costo cuando los adquiría el Estado. Además, el 20% de las recetas representan el 80% de los costos. En los servicios primarios existen ejemplos de negación de medicamentos y despacho de estos desde las oficinas médicas.

10. Se observan **conflictos** con el cumplimiento de principios medulares de la bioética como la **autonomía y justicia** a través de criterios establecidos tales como acceso al buen cuidado de salud.

11. La Procuraduría del Paciente señala tres fallas del actual sistema que dejan al paciente/usuario totalmente desprovisto de las herramientas indispensables que le permitirían asumir el **control del cuidado de su propia salud.** Estas son: el racionamiento de servicios para reducir costos; el Modelo de de Salud está diseñado para reaccionar a las enfermedades agudas, descuidando el cuidado preventivo, y los usuarios no tienen acceso a los conocimientos -falta de información/educación- indispensable para asumir responsablemente el control sobre el cuidado de su propia salud.

12. Existe **fragmentación** del Sistema de Salud. El **Gobierno** ofrece servicios bajo el esquema de pago de salario u honorarios profesionales. Los **centros primarios de cuidado dirigido** tienen dos modalidades de servicios diferentes: una de éstas provee la cubierta básica a través organizaciones de servicios de salud y la cubierta especial a través de la aseguradora. La segunda modalidad ofrece ambas cubiertas, la básica y la especial a través de Asociaciones de Prácticas Independientes. En estas dos modalidades se paga al médico primario por *capitation.* Ambas modalidades proveen el cuidado dental a través de la aseguradora a base de tarifa por honorarios profesionales. Por otro lado, el **sector de planes de seguros privados** ofrece servicios por pago de honorarios. No existe articulación ni interacción adecuada entre estos tres subsistemas del Sistema de Salud. También, se manifiesta, la fragmentación del Sistema por la carencia de guías y protocolos de servicios unificados por las distintas aseguradoras, o en el uso ineficiente e irracional de los generosos y abundantes recursos existentes. Esta última situación obedece también, a la falta de una adecuada planificación, ya que los servicios no están integrados en un modelo global que trascienda los breves límites de los servicios remediadores y de las aseguradoras contratadas.

13. El hecho de que haya dos **sistemas de financiamiento** de servicios de salud (uno privado y uno gubernamental) promueve la desigualdad en el derecho a los servicios de salud.

14. Alta magnitud de **problemas de salud mental**. Se estima que existe en Puerto Rico, más de 600,000 personas con alguna condición de salud mental. Existe una percepción generalizada de que éste es el principal problema de salud de PR. En general, la salud mental de la población presenta un cuadro de deterioro acelerado.

15. El **sistema de salud mental** está totalmente fragmentado y desarticulado. No existe integración entre los servicios de salud física y de salud mental, y los pacientes, familiares e inclusive los profesionales de ciencias de la conducta están frustrados y desesperanzados. Se observa carencia de enlaces entre los componentes gubernamentales, privados y de base comunitaria. Por otro lado, se documenta atención deficiente en el sistema privado, ya que no atiende de forma integral la naturaleza y alcance de los problemas de salud mental existentes.

16. La capacidad de **rectoría del Departamento** de Salud para la formulación e implantación de política pública demuestra:

    a. Limitados recursos para la promoción de la salud, la prevención de condiciones y la protección de la salud.

b. Insuficiencia presupuestaria para continuar pagos por amortización de deudas de la construcción de facilidades de servicios de salud, ahora ya vendidas.
c. Además, el DS se ve en la obligación de pagar cánones altos de renta a locales, muchos de éstos inadecuados para ofrecer los servicios de salud pública a nivel local y regional.

17. Se han creado estructuras formales para la **Promoción, Prevención** y **Protección** de la Salud en el Departamento de Salud. Se han hecho esfuerzos aislados en las Aseguradoras por llevar a cabo proyectos de prevención y de manejo de enfermedades crónicas. Se han fomentado algunas estrategias de comunicación social, educación en salud e iniciativas de alcance comunitario, pero sumamente limitadas. Existe falta de articulación adecuada entre estos tres componentes claves de la salud pública (Promoción, Prevención y Protección). Se carece de una declaración sobre la política pública de promoción, prevención y protección de la salud, hay falta de articulación programática en el Departamento y en con los servicios que se ofrecen en el sector privado o en el sector de base comunitaria. Se carece de indicadores de efectividad basados en evidencia de estos tres componentes fundamentales de la salud física y de la salud mental. Reconocemos que se ha comenzado un proceso de mejoras en este renglón y unas actividades regionales para solucionar el problema.

18. No existe **articulación, ni trabajo colaborativo** entre las entidades gubernamentales que administran fondos públicos para servicios de salud, como: ASES, ACAA, y CFSE. Tampoco existe vinculación entre estas entidades, para la contratación de proveedores de servicios de salud.

19. El Sistema de Salud vigente ha creado una **creciente población de personas no aseguradas** en Puerto Rico. Por un lado, no cualifican para el Plan de Salud del Gobierno, y por otro, no tienen capacidad económica para comprar un seguro de salud privado.

    Se carece de datos reales sobre el perfil epidemiológico y las necesidades de salud de la población no asegurada en Puerto Rico. No tenemos un estudio sobre dicha población y se cuenta con datos fragmentados de diversas fuentes.

20. El sector privado del Sistema de Salud de Puerto Rico es primordialmente, de carácter curativo y rehabilitativo. Existen pocos o muy pocos servicios de promoción, prevención y protección de la salud dirigidos particularmente a las necesidades específicas de esta población, como son estrategias de educación y prevención. En particular, el avanzado deterioro de la salud de esta población, por estilos de vida no

saludables, tales como hábitos alimenticios que propician mala nutrición, poca actividad física, mucho sedentarismo, y la alta incidencia de obesidad, tabaquismo, alcoholismo y drogodependencia; por mencionar algunos de los estilos de vida más riesgosos y frecuentes amenazan la salud de estos habitantes.

21. Del estudio de **sistemas de salud alternos** fuera de Puerto Rico, encontramos que ningún sistema de salud es perfecto; pero algunos logran mejores resultados de salud, a menor costo, con mayor capacidad de rendir cuentas, ser evaluados con transparencia y gozan de mayor satisfacción, tanto de consumidores como proveedores.

    a. Cada país industrializado del mundo, excepto Estados Unidos y Puerto Rico, tienen sistemas de cuidado de salud universal. Todos gastan menos que lo que gasta Estados Unidos y Puerto Rico en el sector salud.
    b. Algunos países (España y Reino Unido) tienen sistemas socializados, donde el cuidado de salud es financiado y operado por el Gobierno.
    c. Otros países como Francia, Alemania, Canadá y Australia, tienen sistemas financiados por el Gobierno, y operados a base de organizaciones del sector privado.
    d. La Organización Mundial de la Salud determinó que se destacan por su excelencia los sistemas de salud de Finlandia (el mejor), Francia, Italia, Singapur, España, Japón y los países escandinavos.

En resumen, luego de cerca de doce años de iniciados los cambios auspiciados mediante la Ley Núm.72 del 7 de Septiembre de 1993, esta Comisión concluye que:

1. El sistema de salud existente en Puerto Rico al año 2005, **no es efectivo** porque no se observan los beneficios en el mejoramiento de la salud de las personas tanto en el sector privado como en el Plan de Salud del Gobierno. Más bien se ha observado un estancamiento en estos indicadores de salud. Además, existe un alto grado de insatisfacción de los pacientes y de los proveedores de los diversos servicios de salud.

2. El sistema **no es eficiente** porque el mejoramiento de la salud de las personas está muy por debajo de los recursos que se invierten.

3. El sistema **no es equitativo**, porque existe disparidades marcadas entre los asegurados del Plan de Salud del Gobierno, los asegurados de Medicare y los de planes privados o comerciales. Además, ha creado una alta proporción de personas no aseguradas.

Recomendaciones

Ante esta realidad, la Comisión plantea una propuesta de transformación del Sistema de Salud vigente, de forma paulatina. En síntesis, significa que como ciudadanos y pueblo responsable estamos comprometidos y obligados a juntos establecer nuevas alternativas y opciones para desarrollar un Sistema de Salud verdaderamente intersectorial, con enfoque holísitico, emancipador, proactivo y que garantice el derecho humano a la salud para todos/as los/as habitantes de Puerto Rico. El nuevo Sistema de Salud, será, en palabras del Dr. Ángel R. Villarini (2005)…

> *…una nueva forma de entender los servicios de salud que verdaderamente empodere a la ciudadanía para tomar control y responsabilidad del cuido de su salud.*

Es por esto, que este Sistema de Salud implica en primera instancia, la formación de ciudadanos responsables con conciencia salubrista. Esta **conciencia salubrista** es el….

> …..*entendimiento, la actitud, las destrezas y la voluntad para cuidar la salud, la propia y la del otro/a. Esta conciencia está vuelta sobre un ideal ético de la salud, y busca realizarlo a través del comportamiento humano que organiza. Es el "amor" por la vida y la capacidad para su cuidado.*
>
> *El **ideal ético de la salud** es el estado de plenitud física y mental y de armonía con el medioambiente cultural y natural que le permite a la persona autodeterminarse a la luz de un proyecto de vida que ella misma se ha dado.*
>
> *(Villarini, 2005, enmarcado en Eugenio María de Hostos)*

Por lo tanto, el Sistema propuesto capitaliza en las fortalezas y en las lecciones más relevantes y trascendentales del modelo de la regionalización, de la experiencia de los planes de salud privados y del Gobierno, e inclusive en las duras experiencias del propio enfoque de cuidado coordinado. A tono con esto, la médula del modelo salubrista en que se enmarca esta Propuesta de Transformación es la formación de ciudadanos y profesionales con clara conciencia acerca de los beneficios de la salud para todos/as.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, la Comisión propone la creación y el desarrollo de una cubierta básica universal de salud para todo/as los/as habitantes de este país. Esta cubierta estará amparada en un real modelo salubrista del Sistema de Salud caracterizado por una visión interdisciplinaria y multidimensional del fenómeno "salud de todas las personas".

Este nuevo Sistema de Salud preservará, protegerá y fortalecerá los elementos del sistema actual que añaden valor al paciente, donde se crea competencia entre proveedores a base de mejorar la salud de las personas. Un sistema que enaltece y prioriza recursos para la prevención primaria, que integra la salud física y la salud mental, que garantiza un cuidado de salud de excelencia, que enmarca sus procesos decisorios y su estructura organizacional en procesos de evaluación crítica externa e interna de forma continua y sistemática. Un Sistema que mide el desempeño de las organizaciones y de los profesionales de la salud a base de indicadores de calidad del cuido, y cuyo financiamiento se rige por el uso eficiente de los recursos, la eliminación de estrategias de intercambio de costos entre pagador, pacientes, proveedores, aseguradoras e instituciones de salud. Un Sistema que garantiza la transparencia en el uso de recursos y en la operación total. Un sistema que protege la formación de los profesionales de la salud, que garantiza talleres clínicos primarios, secundarios y terciarios y sobre todo apoya programas académicos acreditados. Un Sistema que fortalece la práctica ética de los proveedores; pero sobre todo un sistema que maximiza las posibilidades de autorrealización de cada persona para hacerse cargo de su propia salud, educado para promover salud, prevenir enfermedades y participar competentemente en el desarrollo del proyecto de salud personal y de su comunidad. Un Sistema que reduzca las debilidades y restricciones del presente sistema; que ha aumentado costos y ha reducido equidad, calidad y satisfacción.

En resumen, un Sistema de Salud Interconectado con otros subsistemas y otros sectores sociales como educación, vivienda, recreación y deportes y recursos naturales entre otros. Un Sistema de Salud que asegure las condiciones para que las personas que viven en Puerto Rico puedan mantenerse saludables con el apoyo y la participación directa de todos los/as involucrados/as, o sea, el sistema de servicios de salud propiamente, la infraestructura gubernamental de salud pública, la comunidad y sus múltiples entidades sociales, las empresas y patrones comprometidos con su responsabilidad social empresarial, la academia e inclusive los medios de comunicación.

El punto de partida para transformar este sistema de salud es mejorar el proceso de planificación y asegurar un sistema de evaluación del sistema de salud objetivo, preciso y sistemático. Para esto se requiere delinear claramente las etapas o fases del desarrollo del Sistema e identificar los niveles de responsabilidad de las acciones e innovaciones requeridas. Además, se necesita crear los indicadores de medición del desempeño del sistema de salud, y los indicadores del desempeño de la calidad de los profesionales y del mejoramiento de los resultados de salud de las personas. Además, el Sistema de Evaluación debe incluir la medición del desempeño del Departamento de Salud en sus funciones rectoras de la salud de la población. Esto facilitará la transformación progresiva del sistema de salud vigente hacia uno más:

equitativo, de acceso universal, de calidad superior, efectivo, eficiente, eficaz y de alta satisfacción de los proveedores y consumidores.

Iglehart (2005) plantea en un artículo en el New England Journal of Medicine, la importancia y necesidad de vincular la compensación de los médicos a medidas de calidad del cuidado, o sea pago por desempeño. Señala que inclusive el Center for Medicare and Medical Services, (CMS) se está moviendo rápidamente en esta dirección, creando iniciativas de este tipo. Indica que el sistema actual de pago de CMS a los médicos, no es sostenible a largo plazo. Recomienda el desarrollo de indicadores que permitan evaluar el impacto del servicio de salud en mejorar la salud de los pacientes, la calidad del servicio y la eficiencia con la cual se ofrecen los servicios. Estas medidas de calidad fomentarán el uso adecuado de los recursos y le daría a los médicos incentivos reales para implementar ideas, nuevos enfoques e innovaciones que le añadan valor al cuidado que reciben las personas. Lo planteado por la Comisión en torno a crear incentivos para fomentar la calidad, la satisfacción de los beneficiarios y mejoras en el nivel de salud son totalmente congruentes con las tendencias recientes de incentivar el desempeño de calidad, según mencionadas en este artículo.

La Comisión ha establecido tres etapas o fases para la planificación ordenada del desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico:

- **Fase I**: Cambios en la contratación para el periodo 2005-2006, a negociarse de inmediato para el inicio de ajustes estructurales al sistema de salud actual.

- **Fase II**: Dos Proyectos Pilotos: I. Enmarcado en Redes de Servicios de Salud, donde el Gobierno asume el 100% del riesgo, y II. La aseguradora asume el 100% del riesgo, sin ninguna transferencia de riesgos a los médicos o al Gobierno. Además, esta segunda fase incluye el diseño del Plan de Salud para las Personas No Aseguradas.

- **Fase III**: Inicio de la transformación integral del Sistema de Salud de Puerto Rico.

FASE: I Cambios en la contratación para el periodo 2005-2006 a negociarse de inmediato para el inicio de ajustes estructurales al Sistema de Salud actual.

En la etapa o fase inicial del proceso de transformación recomendado; el Departamento de Salud debe iniciar acciones afirmativas para recuperar la rectoría de la salud en Puerto Rico.

1. Un primer paso es establecer vínculos, relaciones de trabajo formales e instrumentos ágiles de interacción con los diversos componentes del sistema de salud intersectorial: sistema de servicios de salud propiamente, la infraestructura gubernamental de salud pública, otros entes gubernamentales que ofrecen servicios de salud como ACAA y la CFSE, la comunidad y sus múltiples entidades sociales, las empresas y patrones comprometidos con su responsabilidad social empresarial, la academia y los medios de comunicación.

2. Para lograr la creación y articulación de este sistema intersectorial de salud, el Departamento de Salud, debe fortalecer su estructura organizacional para que sostenga y apoye estas redes de coordinación intersectorial. Esto incluye crear instrumentos y mecanismos eficientes de articulación de responsabilidades con otros organismos y actores sociales en el sector de salud, y con agencias gubernamentales como: la CFSE y ACAA, con empresas privadas y organizaciones de base comunitaria.

3. Establecer lazos de comunicación y colaboración entre ASES y la Junta Reglamentadora de Beneficios (a crearse) para evaluar de forma oportuna el impacto de cualquier medida que conlleve ampliación de los beneficios, ya contratados con las aseguradoras.

4. Debe liderar el proceso para crear una Junta de Reglamentación de Beneficios de Cubierta Universal y de Tarifas; cuyo foco de atención sea tanto el Plan de Salud del Gobierno, como los planes comerciales privados, y otros del Gobierno. Esta Junta debe estar compuesta por representantes del Departamento de Salud, de la comunidad, de economistas, de planificadores, y de profesionales de la salud, entre otros.

    - La misma establecerá guías basadas en la evidencia empírica de la eficacia, efectividad y eficiencia de procedimientos y pruebas diagnósticas.

    - Revisará la cubierta y tarifas, a la luz de los estudios actuariales, los indicadores HEDIS, la evaluación sistemática del sistema de salud, los nuevos cambios, las tecnologías innovadoras y otros desarrollos de tratamientos innovadores y/o que reduzcan costos.

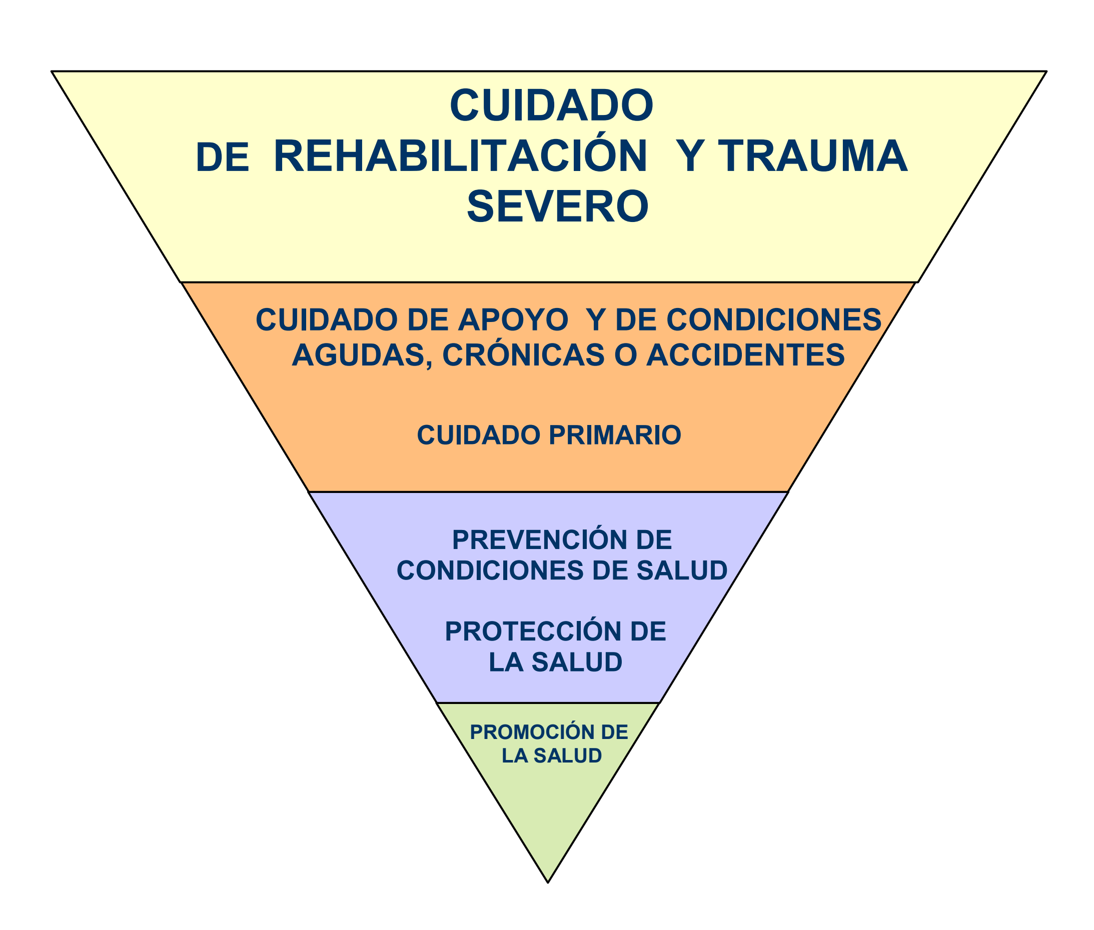
5. En general, el Departamento debe iniciar procesos de reingeniería organizacional para cumplir adecuadamente su función primordial como organización rectora del sistema de salud de Puerto Rico.

Otras acciones que requieren acción inmediata para **iniciar los ajustes estructurales** del Sistema, incluyen:

1. Evaluar la base de los problemas del sistema de servicios de salud del presente, en términos de la pirámide invertida de servicios, que da prioridad operativa y fiscal a los niveles terciarios y supraterciarios que requieren intervenciones costosas. La primera prioridad debería estar en los servicios de salud pública a niveles primarios y secundarios. Se estima que estos servicios pueden reducir más del 70% de la morbilidad y mortalidad presente. Ver Ilustración #___.

Ilustración #_1_

Distribución de los Niveles de Cuidado en el Sistema de Salud de Puerto Rico
2005



2. Coordinar con ASSMCA y ASES el diseño de la integración de los servicios de salud física y mental.

3. Ampliar e institucionalizar los servicios de Promoción, Prevención y Protección de la Salud, con un sistema de evaluación del desempeño.
4. Iniciar la identificación de los indicadores que se utilizarán para medir el mejoramiento en resultados de salud e innovaciones que reduzcan costos, que se utilizarán en las contrataciones futuras.
5. Evaluar posibles opciones de pago por ejecución a base de indicadores de mejoramiento de resultados de salud, por tipo de proveedor.
6. Definir y adjudicar responsabilidad a las compañías de seguro como administradoras de ciertos procesos que el Gobierno contrate.
7. Considerar la contratación con las compañías de seguro a base del sistema de oferta y demanda, donde más de una compañía de seguro participe en la misma área geográfica.
8. Evaluar la posibilidad de contratar centros de llamadas de las aseguradoras para el asegurado, como parte del diseño de los programas de manejo de enfermedades crónicas y reducción de visitas a sala de emergencia.
9. Llevar a cabo una evaluación exhaustiva de la cubierta vigente y sus costos reales.
10. Establecer formalmente una campaña de orientación a los asegurados sobre la cubierta del plan de salud, sus derechos y responsabilidades, para reducir la desinformación existente.
11. Evaluar la participación de la pequeña y mediana empresa para compartir gastos de la cubierta de seguro médico a sus empleados, a cambio de incentivos contributivos u económicos.
12. Establecer mecanismos, procedimientos y prácticas que lleven a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, a utilizar los servicios terciarios y supra-terciarios de las facilidades gubernamentales de los Centros Médicos del país. Es necesario que en los Centros Médicos se establezcan medidas para mejorar la calidad de los servicios. Desde la perspectiva de los pacientes: reducir tiempos de espera para citas, permitir obtener citas por teléfonos, no obligar a estar presentes haciendo filas para obtener citas, reducir tiempos de espera en clínicas para ser atendidos y otros criterios de calidad que garantizan la satisfacción de los pacientes y la excelencia en el servicio.
13. Elaborar un Plan Integral para reformar el funcionamiento de Centro Médico junto con los Hospitales Universitario y Pediátrico Universitario y crear un Centro Académico (CMA) adscrito a la Universidad de Puerto Rico, Recinto Ciencias Médicas. Comenzar la formación de tres CMA adscritos a las otras tres Escuelas de Medicina.
14. Fortalecimiento de ASES en relación a infraestructura, peritaje y estado jurídico dentro del Gobierno de Puerto Rico.

Se requieren acciones coordinadas entre el Departamento y ASES, para operacionalizar efectivamente las recomendaciones de la Comisión para los **cambios en la contratación inmediata :**

1. Establecer un mecanismo de supervisión de la administración de la cubierta catastrófica, a la luz de los parámetros del manejo de enfermedades crónicas.
2. Establecer un método de contratación que facilite la participación de los proveedores en la distribución del riesgo del fondo institucional.
3. Establecer el concepto de "Stop Loss" por paciente por año, para detener el riesgo al proveedor de los pacientes que requieren tratamientos costosos.
4. Establecer tarifas uniformes y deducibles para Salas de Emergencia y crear un mecanismo provisional para acceso a servicios de sala de emergencia para personas sin seguro de salud.
5. Poner a prueba otros mecanismos para reducir el riesgo que asume el proveedor primario e incentivar el ofrecimiento de servicios en horario extendido.
6. En el caso de los pacientes de cáncer, se recomienda que los estudios y evaluaciones para la confirmación del diagnóstico luego de un estudio de cernimiento, sean pagados de fondos especiales, para no dilatar los mismos. Además, Incluir la colonoscopía y la prueba de PSA entre los estudios de cernimiento para cáncer.
7. A fin de asegurar que el Gobierno de Puerto Rico recibe el beneficio total de un programa de manejo de medicamentos, se recomienda que el Gobierno contrate directamente con las farmacéuticas y que se utilice una compañía (PBM) local para manejar y administrar estos contratos. Este arreglo proporciona la ventaja de que un panel selecto de médicos y farmacéuticos pueda mantener control del formulario con acceso al costo neto del medicamento.
8. Es necesario que ASES lleve a cabo estudios de utilización que puedan proveer información de resultados en el mejoramiento de la salud.
9. Con relación a los medicamentos, se recomienda:
    a. Evaluar el inicio inmediato de la política de co-pagos en Farmacia.
    b. Evaluar la política de obtención de medicamentos interestatalmente ("Mail order") para medicamentos de mantenimiento.
    c. Re-evaluar el "dispensing fee" , anualmente.
    d. Establecer el formulario cerrado estricto para Sala de Emergencias, con no más de 72 horas de cubierta
    e. Evaluar la estructuración de co-pagos incrementales por medicamentos ("a tiered pharmacy structure")
    f. El Departamento de Salud debe llevar a cabo la compra y distribución de medicamentos especializados con miras a conseguir los mayores descuentos posibles, en los siguientes grupos de medicamentos:
        - HIV-SIDA
        - Inmunosupresores
        - Hormonas y biológicos para condiciones congénitas
        - Droga adicción

    - Rebretón
    - Otros medicamentos de alto costo
  g. El éxito de la recomendación anterior podría ser el comienzo de un proceso para incluir otros medicamentos de alta utilización en la compra y distribución por el Departamento de Salud.

10. Evaluar el Programa de Medicare Advantage desde el punto de vista del bienestar del asegurado, en términos de selección de proveedores primarios y especialistas, que a la vez aporte economías al Gobierno.
11. Poner a prueba otros modos de organización de los centros primarios, tales como: redes de proveedores primarios y especialistas, empresas conjuntas de médicos y otros proveedores.

Fase II: Dos Proyectos Pilotos: I. Enmarcado en Redes de Servicios de Salud, donde el Gobierno asume el 100% del riesgo; II. La aseguradora asume el 100% del riesgo, sin ninguna transferencia a médicos o al Gobierno. Además, elaborar el Plan de Salud para las Personas No Aseguradas.

La Comisión recomienda iniciar la transformación del Sistema de Salud, a base de dos proyectos pilotos que pongan a prueba los fundamentos filosóficos y operativos de la transformación propuesta. Se espera que estos proyectos pilotos se evalúen y así establecer los mecanismos que nos conduzcan a programas de excelencia en:

Prevención primaria dirigida a reducir la vulnerabilidad de las personas a enfermarse, mediante la intervención con factores ambientales y de conducta que se asocian a condiciones particulares de salud o accidentes.

Prevención secundaria dirigida al diagnóstico y detección de las enfermedades en sus etapas iniciales, para limitar su extensión y atender las señales y síntomas oportunamente.

Prevención terciaria dirigida a lograr servicios y tratamientos de rehabilitación, para evitar empeoramiento de las enfermedades crónicas o de las lesiones.
A este nivel, los proyectos pilotos pondrán a prueba el desarrollo de **Centros Académicos de Excelencia** para la formación de los profesionales de la salud mediante talleres clínicos primarios, secundarios y terciarios gubernamentales, privados o de base comunitaria.

En una conferencia en Octubre de 2005, sobre Cuidado Primario, la Dra. Barbara Starfield, indicó que:

> *“Ahora sabemos que una mejor salud y una distribución más equitativa de la salud es gracias a la atención primaria. Junto con mejores condiciones sociales y ambientales como resultado de políticas de salud pública y*

sociales, la atención primaria es un aspecto importante de la política para lograr eficiencia, eficacia y equidad en servicios de salud".

Señaló que los países cuyos Sistemas de Salud están orientados a la atención primaria logran:

- Menos niños con bajo peso al nacer.
- Menor mortalidad infantil, especialmente neonatal.
- Menos años de vida perdidos por suicidios.
- Menos años de vida perdidos por toda la mortalidad, excepto causas externas.
- Mayor expectativa de vida a todas las edades, excepto a los 80 años.

En términos globales, plantea la Dra. Starfield, los países que logran mejores niveles de salud se orientan hacia la atención primaria, tienen una distribución más equitativa de recursos, tienen servicios o seguros de salud brindados por el gobierno, tienen poco o nada de seguros privados de salud, y no cobran o cobran poco por los servicios de salud.

Indica que en Inglaterra, cada médico de atención primaria adicional por 10.000 habitantes (un incremento aproximado de 20%), se asocia con una reducción aproximada de un 5% en la tasa de mortalidad, ajustando por enfermedades debilitantes a largo plazo y varias características demográficas y socioeconómicas. Ante este cuadro tan claro de la importancia del cuidado primario, la Comisión recomienda el fortalecimiento de este nivel de salud y por esto pone especial énfasis en establecer un proyecto piloto a base de redes de servicios que comienzan con la atención primaria, como primera prioridad.

Estos Proyectos Pilotos comenzarán a reconfigurar el Sistema de Salud presente, de manera que la base de la pirámide sea la promoción y la protección de la salud, en vez del cuidado terciario y supraterciario. para a futuro lograr que la prioridad operativa y fiscal del Sistema de Salud, sea a los niveles primarios y secundarios, y así reducir las intervenciones costosas a niveles terciarios y supraterciarios. Ver Ilustración #__2__.

Ilustración #_2_

Distribución de los Niveles de Cuidado en el Sistema de Salud Transformado



Proyecto Piloto I

Para comenzar este proyecto, se recomienda lo siguiente:

- Seleccionar una región actual, según la configuración de las regiones de ASES.
- Diseñar el proyecto a base del concepto de red de servicios.
- Utilizar la modalidad de contratación directa: auto-seguro del Gobierno y las aseguradoras como administradoras contratadas para servicios en particular que el Gobierno interese (MCO).
- Establecer como requisito para la contratación, la tecnología de información de salud que interconecte proveedores, ASES, administrador contratado y otros centros de servicios de salud. Es decir, cada profesional o entidad participante contará con sistemas computadorizados

de avanzada, para tener acceso a la red de información de salud del paciente y sistema de información gerencial:
    - Historial de tratamiento
    - Órdenes de medicamentos
    - Información general de referencia
- Asegurar la aportación de la Oficina de la Procuradora del Paciente en el diseño del Proyecto Piloto junto al Departamento de Salud y ASES. Esto va dirigido a propulsar trabajo colaborativo entre las tres entidades, para establecer mecanismos de prevención de conducta antiética de proveedores o instituciones participantes.
- Evaluar la posibilidad de pago de deducibles y co-pagos, de acuerdo a la capacidad de pago y grupo de edad del paciente.
- Considerar la viabilidad de establecer nuevos mecanismos para la cubierta de farmacia y recetas de medicamentos, tales como: órdenes por correo, cargo por servicio hasta un máximo de $6.00 por receta, co-pagos, y revisar el sistema de descuentos o reembolsos (rebates) existente.
- Poner a prueba la Propuesta de Regionalización de las Salas de Emergencia, con servicio de ambulancias las veinticuatro horas, con acceso las veinticuatro horas de acuerdo a sector geográfico de vivienda, y con tarifas uniformes de: trauma, emergencia, urgencia y co-pagos sino se utiliza algún sistema de teleconsulta.
- Diseñar y operacionalizar el sistema de evaluación del Proyecto Piloto, para que mida e **incentive el desempeño de los proveedores,** a la luz de los criterios siguientes:
    - Evidencia de mejoramiento de resultados de la salud de la población.
    - Aumento en la participación de los consumidores en programas de educación en salud para la prevención primaria y secundaria, en coordinación con el Departamento de Salud.
    - Aumento en la participación de los consumidores en programas de manejo de enfermedades crónicas, en estrecha coordinación con especialistas de la Red de Servicios, tales como: neumólogos, cardiólogos, y endocrinólogos, a base del perfil de salud de las personas.
    - Evidencia de referido a especialistas fuera de la red, si es clínicamente necesario.
    - Aumento en el uso de servicios de teleconsulta de los consumidores.
    - Participación del Profesional en programas de capacitación y de desarrollo profesional en:
        - Competencias de la profesión particular.
        - Competencias en Gerencia clínica.
    - Evidencia de horario extendido del Proveedor, para reducir visitas a Salas de Emergencia.
    - Coordinación adecuada de servicios de salud mental.

- Establecer criterios de evaluación que penalicen al proveedor que no cumpla con los parámetros de calidad establecidos en el inciso anterior. Esto puede incluir la eliminación del 25 % del incentivo por un periodo de tres a seis meses.
- Iniciar el diseño del Plan de Evaluación del Sistema de Salud para propiciar el desarrollo del Modelo de Evaluación-Acción, como parte integral del Proyecto Piloto I y II.
- Evaluar la necesidad y viabilidad de iniciar la elaboración de una Ley Orgánica o Acta de Salud Pública consensuada científica y ético-filosóficamente, para dar dirección y encauzar el desarrollo futuro del Sistema de Salud de Puerto Rico.

Las ventajas de este modelo incluye:

1. Permitirá articulación entre todos los sub-sectores de servicios de salud: público, privado, y de organizaciones de base comunitaria.
2. Garantizará continuidad en el cuidado de la salud.
3. ASES mantiene el control y la custodia de los recursos gubernamentales.
4. Apoyará el desarrollo óptimo de la capacidad rectora del Departamento de Salud.
5. Facilitará el acceso a especialistas y a pruebas diagnósticas.
6. Otorgará una compensación adecuada al médico primario.
7. Otorgará énfasis real a la promoción, prevención y protección de la salud.
8. Integrará la salud física y la salud mental.

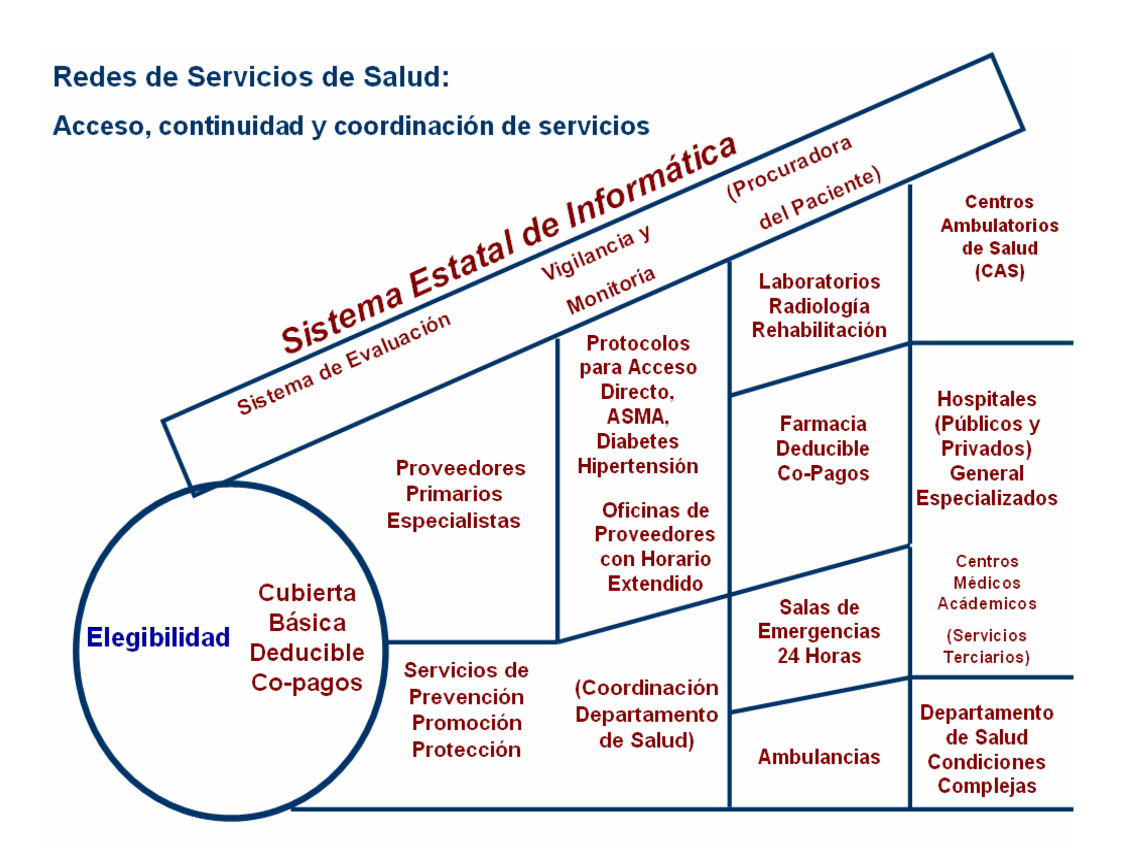
El concepto de **RED DE SERVICIO DE SALUD,** que la Comisión recomienda para el Proyecto Piloto I es un subsistema de servicios de salud en una región de salud que busca garantizar acceso, continuidad de servicio y coordinación de otros servicios en y fuera de la Red. Esta Red provee continuidad de servicios a nivel de prevención primaria, secundaria y cuidado directo a la población a nivel primario y secundario. La misma se caracteriza como un grupo de profesionales y organizaciones de cuidado primario y secundario que está presente para atender las necesidades de salud de la población circundante.

La **RED** garantiza cuidado primario, secundario y terciario a través de organizaciones de salud ya sean públicas, privadas o sin fines de lucro; que incluyen proveedores primarios, especialistas, farmacias, hospitales, salas de emergencia, servicios de apoyo clínico, centros académicos de salud y la coordinación estrecha con agencias gubernamentales y comunitarias que trabajan en asuntos de salud. Se coordinarán servicios fuera de la RED: cuando se requieran sub-especialistas no disponibles en la RED, para la coordinación con proveedores o centros de salud mental, o con proveedores de salud oral especializada, o con organizaciones de base comunitaria, o con entidades para servicios catastróficos o con entidades de servicios terciarios y supraterciarios en las Centros Académicos; cuando sea necesario.

En la Red, los especialistas colaboran como mentores clínicos de los médicos primarios y mantienen una comunicación estrecha para mantener la buena salud de lospacientes.

Diagramáticamente se representa la Red de Servicios en la ilustración #__3__.

Ilustración #_3_



La RED es un modelo pluralístico de servicios de salud que conserva las fortalezas del sistema actual, mejora las debilidades encontradas, expande y articula servicios entre los sectores privados, público y sin fines de lucro mediante regiones de salud, a base de los lineamientos filosóficos de la regionalización de servicios de salud. Este modelo de servicios está acompañado de un sistema de riesgo compartido entre el proveedor y el Gobierno. Es decir, ASES se convierte en la entidad gubernamental autoasegurada, y el proveedor primario recibe pago de honorarios profesionales por cada encuentro con un paciente, menos un 25% de la tarifa profesional que se establezca. Este 25% se le reembolsaría en 12 meses, en la medida del cumplimiento con los ocho criterios identificados previamente, para medir su desempeño de calidad.

Este enfoque de pago de honorarios a base de indicadores de calidad ha sido ampliamente discutido y estudiado en la literatura reciente de salud pública. Dos de los escritos de mayor circulación lo ha sido un artículo de Michael Porter y Elizabeth Olmstead Teisberg titulado: Redefining Competition in Health Care. Porter(2004), plantea que

…. l*a competencia saludable en un sistema de salud, requiere el mejoramiento de procesos y de métodos; lo que permitirá reducir costos y aumentar la calidad del servicio. Señala que la máquina para generar competencia saludable en el sector salud, está en segundo lugar en mejorar la atención a las enfermedades y lograr proveer tratamientos efectivos. En vez de hablar de ¿quién paga que? Este nuevo estilo de competencia a base de indicadores del mejoramiento en la salud de las personas, nos lleva a formular la pregunta correcta: ¿Quién provee el mejor valor para el paciente, el servicio de mayor calidad que solucione más efectiva, eficiente y eficazmente los problemas de salud?*

Por otro lado, el Dr. Paul Ginsburg, (2005), Presidente del *Center for Studying Health System Change,* en Washington, denomina el presente como la era post-Cuidado Dirigido. Esta era se caracteriza por:

…..there is a general recognition of limits of financial incentives, based on capitation…… there are refinements of benefit structures so that incentives should be used with more efficient providers. …. Employers are unwilling to return to restrictive managed care. ….financial incentives for neither providers or consumers. .. ..need for less restrictive health care products such as: broader provider networks, PPOs instead of HMOs, drop authorization requirements and have direct access to specialists.

Es bueno destacar que este modelo de servicios recomendado por la Comisión, fue evaluado por una compañía de actuarios de reconocido prestigio en Estados Unidos, Mercer Oliver Wyman y concluye que:

….We note that there is a real opportunity to improve the quality of health care in Puerto Rico, and we relieve that the initiatives the Comission has outlined that relate to payment-for-performance, and quality improvement should be pursued. This includes contracting with institutions based on quality and rewarding the IPAs for meeting quality standards.

Further, we believe there is a significant opportunity to deliver health care more efficiently through reductions in emergency room utilization, and that this is best accomplished by giving insureds a financial interest in accessing services appropriately. (July, 2005).

La Comisión recomienda una serie **de requisitos mínimos para la contratación** de proveedores de servicios en la RED. A continuación un resumen de estos criterios:

1. Consolidado de proveedores, emarcados en un sistema integral vertical de cuidado contínuo.
2. Integrados en red diseñada para satisfacer las necesidades de salud de un número definido de personas.
3. Cuentan con un presupuesto definido para funciones administrativas.
4. Ofrecerá horario extendido de servicios.
5. Coordinará servicios fuera de la Red.
6. Tendrá capacidad tecnológica para el registro de encuentros y transmisión de datos electrónicamente.
7. Llenarán las credenciales que ASES estipule, para pertenecer a la red de proveedores.
8. Garantizarán acceso a la red de proveedores en 30 millas o 30 minutos.
9. Presentarán políticas y procedimientos para la administración y manejo clínico de los pacientes.
10. Las Redes de servicios de salud integrados a nivel de la comunidad, como mínimo deben contar con: médicos/as primarios/as, enfermeras/os psiquiatras y psicólogos/as, odontólogos, y coordinará servicios de orientadores/as, educadores en salud, nutricionistas, trabajadores sociales con el Departamento de Salud, Departamento de la Familia, Departamento de Educación y Oficina de Comunidades Especiales entre otras agencias gubernamentales.
11. Los Centros de Salud Primaria (330) constituyen un modelo de servicios que una Red podría emular. Es corporación sin fines de lucro, cuentan con Juntas de directores comunitarias y son guiados por estrictos controles de calidad en lo clínico y administrativo. Estos Centros Primarios aseguran que las personas necesitadas no se vean afectadas por cambios en política pública, decisiones económicas o patrones cambiantes de la oferta y demanda en el sector de la salud. En realidad son parte integral de la red de seguridad para los más desventajados en la sociedad.

Proyecto Piloto II

En este proyecto, la aseguradora asumiría el riesgo completamente, mediante contrato con ASES, **sin transferencia alguna de dicho riesgo a proveedores o al Gobierno**. ASES pagará el dólar prima de la cubierta básica a la aseguradora. El beneficiario-participante podrá escoger otros beneficios más amplios a la cubierta básica, a cambio de un pago de prima adicional. No se contempla el cobro de deducibles o co-pagos de la cubierta básica, por los beneficiarios-participantes, a excepción de las visitas a Sala de Emergencia, para desincentivar el uso innecesario de éstas. La aseguradora podrá establecer deducibles y co-pagos en las cubiertas de servicios opcionales.

El método de contratación entre la aseguradora y el proveedor será revisado por ASES. La aseguradora establecería medidas para el control de utilización y cotizaría las primas ante la Junta Reguladora de Beneficios y Tarifas. El sistema de pago a los proveedores se recomienda sea el de honorarios por servicios brindados. Una segunda opción podría ser por capitación sin riesgo; es decir, un sistema de pagos que no fomente el dilema ético a los médicos al tener que referir para pruebas diagnósticas, o a especialistas o a hospitales. Podría funcionar con características similares a los Planes de Seguro Privados como se conocen en Puerto Rico.

Las principales **ventajas** del Proyecto Piloto II se resumen a continuación:

- Excluye al médico primario del riesgo financiero por los servicios de otros proveedores.
- Asigna el riesgo a la aseguradora exclusivamente.
- Espera generar economías al erario público, al generar una cubierta básica no tan extensa como la existente al presente.
- Esta oferta estaría disponible para la población no asegurada actualmente.
- Permite que el asegurador ofrezca una gama variada de otras cubiertas a elección del beneficiario.
- Incentiva al pequeño comerciante a adquirir este tipo de cubierta para sus empleados.
- Se crea competencia al abrir las áreas geográficas a más de un asegurador, lo que podría representar economías al Gobierno.

Las principales **desventajas** incluyen:

- Este proyecto piloto II podría fortalecer la percepción pública de que la función de las aseguradoras es exclusivamente la generación de ganancias.
- Este enfoque fomenta una actividad pura de oferta y demanda, lo que la sujeta a las leyes del mercado, que este principio conlleva.

Tanto en el Proyecto Piloto I como en el II se recomienda hacer los estudios actuariales correspondientes, para garantizar la viabilidad de ambos. En el caso del Proyecto Piloto I, ya se cuenta con ese estudio actuarial y el mismo se consideró de alta viabilidad.

Como parte de las recomendaciones para el desarrollo adecuado de los Proyectos, la Comisión entiende se debe diseñar un Plan para la Población de Personas No aseguradas en Puerto Rico. La Comisión parte del principio del derecho humano de la OMS (2003) que plantea la salud como uno de los principales derechos humanos. Por lo tanto, el Sistema de Salud de Puerto Rico debe tener una capacidad de respuesta para atender las necesidades de salud de esta población.

De acuerdo a un análisis preliminar llevado a cabo sobre la **población no asegurada**, por el Dr. Heriberto Marín, de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas, los hallazgos principales señalan que:

1. Al presente no se puede precisar con exactitud la cantidad de personas no aseguradas; se estima en cerca de 375,000 personas.

2. Tampoco se conoce con certitud el perfil y las necesidades de los diversos grupos que componen esta población. Se estima que su composición es de: personas empleadas, con bajo ingresos, pero que no cualifica para el Plan de Salud del Gobierno, deambulantes, personas con problema de adicción, y trabajadores sexuales, entre otros/as.
3. se estima que 6 de cada 10 de los no asegurados son hombre y 4 mujeres. La mayor proporción de las personas no aseguradas se encuentra entre los grupos de edad de 20 a 29 años.
4. El 64 % de los no asegurados se estima que trabajan en la empresa privada, mientras que el 27% tiene negocio propio.

De acuerdo a esta información, se estudiaron diversas alternativas para reducir la cantidad de **personas no aseguradas en Puerto Rico**. Las posibles **opciones** que se plantean en el corto plazo en este análisis son:

1. Crear un mecanismo para asegurar al 23% de esta población que son niños; ampliando el límite de elegibilidad para los niños hasta los 18 años, que vivan en familias con un 250% o 300% del nivel de pobreza.
2. ASES debe estudiar la posibilidad de vender un seguro de salud público a esta población, como parte de la tarjeta que administra al presente. Esto implicaría expandir el seguro de salud del Gobierno a esta población. El financiamiento de esta prima podría ser compartido entre un subsidio del Gobierno, aportación patronal y del propio no asegurado. Las primas de este seguro público serían más bajas que las existentes en el mercado privado. El pago de la aportación patronal podría ser a través del sistema de cobros existente en la CFSE.
3. Otra alternativa factible sería enmendar la Ley de Contribuciones para ofrecer un crédito contributivo de 100% a estas personas que por su cuenta compren un seguro de salud. De esta forma la situación de esta persona que compra su seguro de salud por su cuenta, iguala al del empleado que recibe un seguro de salud, por parte del patrono. El costo por pérdida de productividad y los gastos que estas personas generan cuando buscan un servicio de salud que después nadie paga por los mismos, a la larga son sufragados indirecta o directamente por el Gobierno. Esto justifica la posibilidad de extender este crédito contributivo sólo a esta población no asegurada que cualifique.
4. Otra opción es lograr una alianza entre el Departamento de Salud y los Centros 330 para ofrecer servicios a esta población, mediante algún tipo de subsidio del Gobierno.

5. En el caso de las personas no aseguradas agrupadas como deambulantes se debería eliminar las barreras existentes para obtener la tarjeta del Plan del Gobierno. Se recomienda establecer una cooperación entre el Departamento de Salud, ASES las Aseguradoras y las organizaciones de base comunitaria para que la población de reambulantes esté asegurada y que tengan un acceso real y efectivo a los servicios de salud.

Fase III: Inicio de la Transformación Integral del Sistema de Salud de Puerto Rico.

Desde el inicio de los Proyectos Pilotos recomendados, se contará con un Sistema de Evaluación que concurrentemente con la implantación del proyecto piloto lleve a cabo la evaluaciones formativas periódicas y una sumativa al finalizar el primer o segundo año de implantación. En el capítulo VI se presentan recomendaciones para diseñar el sistema y los procedimientos de evaluación que aplican tanto al Proyecto Piloto como al Sistema de Salud ya rediseñado. De acuerdo a los resultados de la evaluación del Proyecto Piloto se comenzará a rediseñar el Sistema de Salud desde una perspectiva integral.

La Comisión recomienda una serie de **principios generales** como guía para la planificación de esa tercera etapa de la transformación del Sistema de Salud de Puerto Rico y la dotación de un Plan de Salud Universal para todos/as los/as habitantes de Puerto Rico. A continuación un resumen de los mismos:

1. Enfocar el desarrollo del Sistema de Salud hacia el mejoramiento de la salud de las personas, a base de la promoción de salud, y la prevención primaria y secundaria. Complementar este enfoque con servicios de salud por niveles de cuido y con la participación de los diversos tipos de organizaciones que integran el Sistema: el sector privado, el Gobierno y el sector comunitario, entre otros. Además ofrecer servicios de salud centrados en el ciclo de vida de las personas.
2. Mantener un sistema de información de avanzada que provea información actualizada sobre salud, medidas para mantenerse saludables, factores de riesgo y de protección y mediante una difusión rápida entre consumidores y proveedores. Asegurar la oportuna divulgación de las estadísticas vitales, de Registros de Enfermedades y de información sobre las facilidades de salud.
3. Mantener al día el Estudio Continuo de Salud, como herramienta clave para la evaluación continua y sistemática de los servicios de salud tanto públicos como privados.
4. Fomentar la excelencia en todos los servicios de salud mediante diversos mecanismos e incentivos que fomenten la innovación, el desempeño efectivo y eficiente y la demostración de mejoras en el nivel da salud de las personas.

5. Crear mecanismos de articulación de todos los componentes del Sistema.
6. Propiciar la creación de cuatro Centros Académicos en alianzas estratégicas con las escuelas y centros de educación de profesionales de la salud en PR.
7. Fomentar el desarrollo de estudios de oferta y demanda de profesionales de la salud, para mantener un Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos del Sector de la Salud.
8. Integración de la salud física, la salud mental y salud oral a todos los niveles en las diversas redes de servicios.
9. Identificación de primas basadas en costos reales de los protocolos de enfermedades crónicas.
10. Incentivar el desarrollo de redes de servicio de excelencia con sistemas de vigilancia para reducir los errores en el cuidado de salud.
11. Desarrollar la infraestructura tecnológica necesaria para lograr crear el expediente universal del paciente, independientemente del tipo de seguro de salud que posea..
12. Crear la Junta Reguladora de Cubierta y de Tarifas uniformes de servicios clínicos, de hospitalización y de sala de emergencia.
13. Maximizar el uso de los fondos federales para propiciar investigación de los principales problemas de salud de Puerto Rico a través de centros académicos para la formación de profesionales de la salud.
14. Evaluar la viabilidad de incorporar en el Plan de Salud Universal los recursos públicos de ASES, CFSE y ACAA.
15. Reconocer y educar a toda la comunidad sobre la importancia de la salud pública como un bien colectivo y un derecho de todas las personas.
16. Mantener un sistema de evaluación ágil a base de criterios de resultados en el mejoramiento de la salud; en vez de criterios de ajustes o transferencia de costos.
17. Establecer estrategias para mejorar la administración de medicamentos, tales como: permitir la compra por correo, los descuentos o reembolsos al Gobierno, el cargo por servicio hasta un máximo de $6.00 y los co-pagos.

El desarrollo óptimo del nuevo Sistema de Salud que legaremos a las próximas generaciones de hombres y mujeres habitantes de Puerto Rico; depende de la voluntad política de múltiples actores sociales, del compromiso de la comunidad civil y de toda la gama de múltiples alianzas multi-sectoriales que se crearán en el futuro cercano. Mediante esta Propuesta de Transformación, la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico ha trazado un primer mapa y ha calibrado una brújula que empieza a dar dirección y cauce a este gran desarrollo, para beneficio de todos/as.

El modelo del Sistema de Salud que visualiza la Comisión está a un horizonte de tiempo corto, puesto que el modelo actual no favorece el buen estado de salud de la población y el desempeño efectivo, eficiente y eficaz del Sistema de Salud.

Este desarrollo ya plantea una serie de ventajas y beneficios que se pueden anticipar. En síntesis, este nuevo Sistema de Salud logrará:

- que el Departamento de Salud enfatice en el desarrollo de intervenciones efectivas de Prevención Primaria y Secundaria para propiciar mantener las personas saludables y responsables por el cuido de su salud.
- La articulación adecuada de los procesos administrativos y clínicos de los servicios de salud fortalecerá su eficiencia.
- Continuidad de cuidado integral para todos/as los/as habitantes de PR.
- Control, custodia y transparencia de los recursos financieros del sector salud, por el Gobierno.
- Creación de la Junta Reguladora de Beneficios contribuirá al control de costos y a mayor equidad.
- Aumento en la capacidad rectora del Departamento de Salud.
- Facilita el acceso a especialistas y servicios especializados, según las necesidades lo dicten.
- Compensación adecuada al proveedor primario.
- El sistema de evaluación del desempeño del Sistema de Salud permitirá hacer las correcciones y mejoras al Sistema en la marcha, para continuar su recorrido a los más altos niveles de excelencia y costo/efectividad.
- Fortalece la educación a las futuras generaciones de profesionales de la salud, con programas académicos de prestigio en y fuera de Puerto Rico.
- Todos/as los/as habitantes de Puerto Rico tendrán la oportunidad de contar con una cubierta básica universal que fomentará las condiciones para mantener las personas en buen estado de salud y bienestar.
- La integración de la salud física, la salud mental y la salud oral fortalecerá el desarrollo de servicios de salud centrados en el ciclo de vida de las personas.

En resumen, el Sistema de Salud transformado que propone esta Comisión está dirigido a garantizar a toda la población de Puerto Rico:

Acceso y Equidad por la cubierta básica para todos los habitantes, de Puerto Rico, independientemente de su situación socioeconómica.

Calidad y Satisfacción de los beneficiarios (independientemente del seguro de salud) y de los profesionales de la Salud, al crear las redes de servicio y al crear un sistema de evaluación contínuo y sistemático. Además, por la creación de las Juntas Asesoras de la Comunidad, Junta Reglamentadora de Beneficios y Tarifas.

Costo eficiencia del Sistema, al eliminar la transferencia de costos y promover la competencia positiva en términos de mejores resultados de salud y los incentivos a proveedores primarios basados en indicadores de calidad y no en pago per cápita.

Asignación de riesgo no atado al ingreso de los proveedores, sino a medidas de calidad y de ejecutoria profesional de excelencia. Esto evitará los problemas de racionamiento de servicio y el dilema ético al que han estado sometidos los proveedores de servicios de salud.

Educación de Profesionales de la Salud a través de los Centros Académicos de Excelencia, que fomentan la creación de talleres clínicos para experiencias interdisciplinarias, programas acreditados y de prestigio internacional e investigación de primer orden mundial.

Solución de la **situación de Impericia Médica** prevaleciente, por medidas legislativas que armonizan las necesidades de los pacientes y de los proveedores y fortalecen el Tribunal Examinador de Médicos.

Mejorar la situación presente relacionada a **Medicamentos** mediante la aprobación de medidas innovadoras que benefician a los asegurados.

Articulación entre ASES y otras entidades gubernamentales que compran u ofrecen servicios de salud, mediante articulación y estructura organizacional ágil. Esto eliminaría la duplicidad de servicios existentes y el fraccionamiento del ciudadano.

De acuerdo a la Constitución del ELA, el Departamento de Salud tiene la autoridad y responsabilidad primaria de velar por la calidad y disponibilidad de los servicios de salud en PR. Este **liderato rector** será fortalecido y permitirá ampliar los mecanismos de vigilancia, la medición y el monitoreo de los servicios.

ASSMCA, podría asumir la autoridad que actualmente tiene ASES para contratar y proveer los servicios de Salud Mental si logra mejorar su infraestructura y peritaje. Como entidad contratante no necesariamente proveerá los servicios sino que contratará entidades privadas cualificadas y fomentará la mayor integración entre los servicios de salud física y salud mental. Como proveedor, deberá cumplir las exigencia y criterios de garantía de calidad.

El **financiamiento del sector de la salud** en PR estará sujeto a un examen profundo de la composición del gasto en el sector salud para identificar nuevas políticas y estrategias que viabilicen la transformación futura del Sistema de Salud, que se ha expuesto en este estudio.

Las **metas generales** que propiciarán el desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico, se resumen a continuación:

1. Propiciar el desarrollo de un sistema de salud intersectorial, centrado en las personas que reciben servicio y en la calidad del cuidado de salud; articulado en todos sus componentes; públicos, privados y de base

comunitaria, con énfasis en la salud pública a base de la prevención primaria y secundaria y que incentive a proveedores y pacientes a lograr mejores resultados de salud.

2. Crear y mantener una cubierta básica universal de salud, para todos/as los/as habitantes de PR, irrespectivo de cambios en trabajo o status económico de las personas, que incluya medidas de prevención primaria y secundaria.

3. Fortalecer la responsabilidad rectora del Departamento de Salud para mejorar el proceso de formulación e implementación de la política pública de salud de PR, la articulación de las Funciones Esenciales de Salud Pública, que fomente el mejoramiento continuo de la calidad, el acceso equitativo, la continuidad de los servicios de salud y la reducción de costos.

4. Fomentar la responsabilidad de los pacientes por su salud, la autonomía en todo lo relativo al cuidado de su salud y la responsabilidad de contribuir a mantener la estabilidad financiera del Plan de Salud del Gobierno.

5. Integrar servicios de salud física, mental y oral en todos los centros de servicios de salud.

6. Fortalecer los programas académicos de educación de profesionales de la salud, mediante la creación de Centros Académicos de Salud, y mediante la formulación de una política pública clara que enfoque la educación de los médicos y los diversos profesionales de la salud en el país. Los programas académicos para la formación de todos los profesionales de la salud en Puerto Rico estarán acreditados y serán de calidad óptima, de tal forma que se puedan ofrecer los mejores servicios de salud de que Puerto Rico es capaz.

7. Establecer un sistema de evaluación del desempeño de todos los componentes del Sistema de Salud ágil, sistemático y confiable; con indicadores y medidas comparativas del estado de salud de la población y del sistema de salud.

8. Crear estándares y criterios para medir el desempeño en el mejoramiento de los procesos, en los métodos para reducir costos, en las alternativas para aumentar la calidad de servicios y para ampliar la capacidad de producir.

9. Fortalecer y mantener un sistema de información de avanzada a base de un banco de datos, que facilite el uso de información electrónica actualizada para el profesional y para los pacientes y la difusión rápida de los avances científicos a través de la red cibernética.

10. Fomentar un ambiente de competencia positiva entre las redes de servicios de salud, en términos de indicadores sobre los mejores resultados en salud, las mejores estrategias preventivas, los mejores tratamientos de las condiciones de salud y la creatividad e innovación en aspectos clínicos, al igual que administrativos.

11. Crear mecanismos de financiamiento equitativo dirigido a orientar y modular, a la vez que distribuir la carga financiera y aumentar la capacidad de respuesta del Sistema, a la luz de las necesidades de salud y prioridades que establezca la política de salud del Departamento de Salud.

12. Establecer canales de comunicación, articulación e integración de responsabilidades entre ASES, ACAA y ASES para lograr una adecuada vigilancia y garantía del aseguramiento.

Finalmente, la Comisión entiende que esta recomendación del establecimiento gradual de un Plan de Salud Universal para todos/as los/as habitantes de Puerto Rico es un proceso por etapas que en el futuro cercano permitirá integrar en un solo sistema de salud a toda la población del país tanto con planes de seguro público, privados o de Medicare de forma sinérgica.

La Comisión ha trazado un norte. Los próximos pasos son claves para encauzar exitosamente el desarrollo pleno de este Sistema de Salud Intersectorial. El Gobierno de Puerto Rico estará en una posición de avanzada al asumir su indelegable responsabilidad de crear las condiciones para que la población de Puerto Rico pueda mantenerse saludable, mediante la transformación paulatina del Sistema de Salud y el desarrollo de un Sistema de Evaluación que ofrecerá información científica, objetiva y oportuna para tomar las acciones correctivas que sean requeridas.

CAPÍTULO VI
CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

INTRODUCCIÓN

La evaluación de un sistema de salud presupone que ya están establecidas y se conocen las metas de éste, además de haberse identificado los indicadores que evidencian el logro de estas metas. Es por esto, que es esencial que en los debates de política pública de salud, no se pierda de perspectiva que la meta principal de un sistema de salud es el mejoramiento de la salud de la población en lugar de enfocarse en objetivos a corto plazo o metas instrumentales, tales como, medidas de contención de costo, expansión de la infraestructura pública, reducción de tiempo de espera o introducción de tarifas para los proveedores o para los consumidores del servicio. A su vez, el tener un marco de referencia que pueda asistir en el proceso de describir y analizar los componentes del sistema de salud, puede facilitar la evaluación de éste y a largo plazo, el logro de un nivel de desempeño de excelencia.

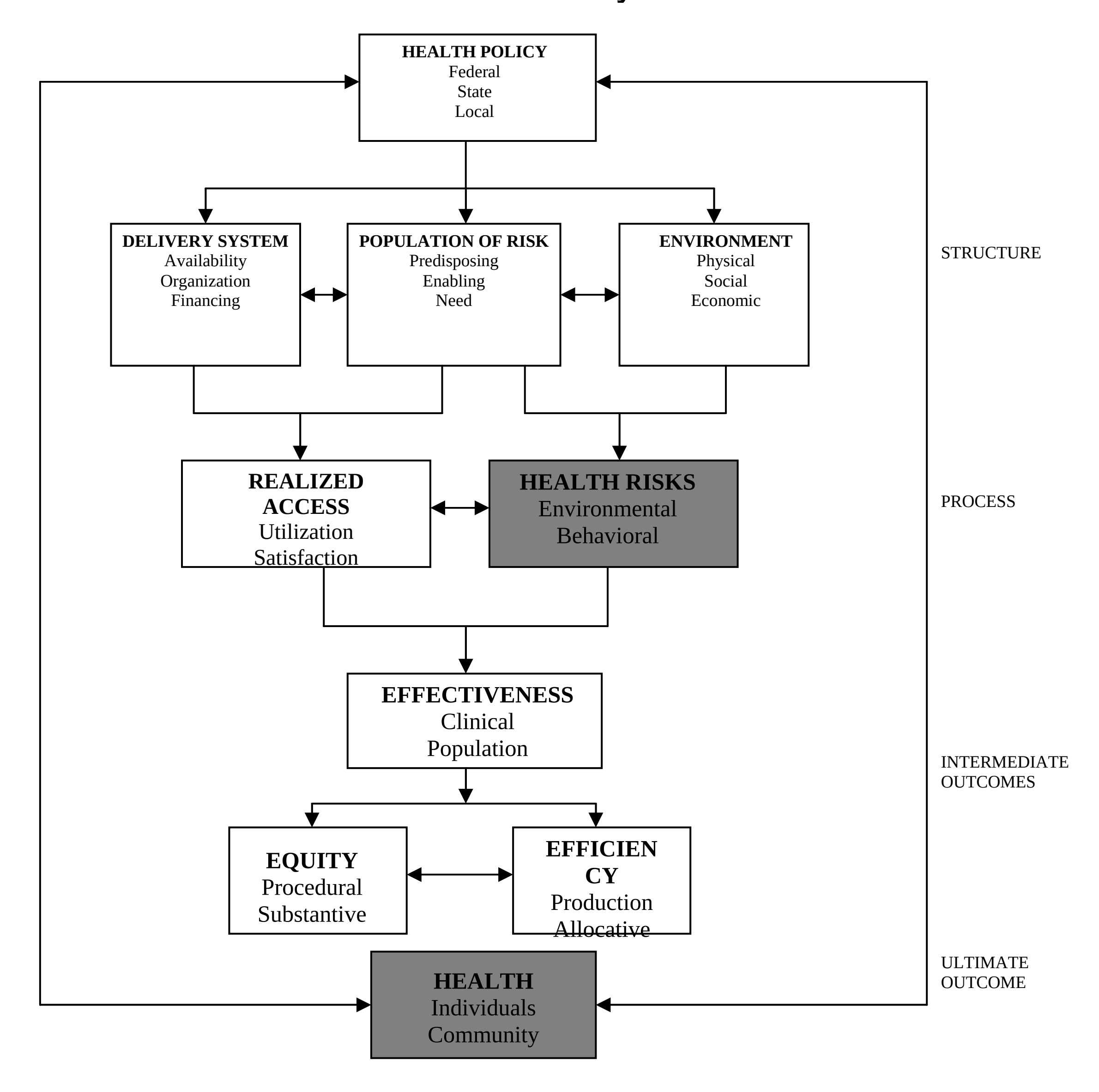
En este capítulo se presentará el marco conceptual que fundamenta las recomendaciones de la Comisión, para establecer un sistema de evaluación del sistema de salud. Éste será componente clave para mantener un seguimiento continuo a la transformación del sistema de salud en Puerto Rico. Además, se incluye ciertas medidas de evaluación del desempeño recomendadas como criterios o indicadores mínimos que se deberán evaluar desde el inicio del Proyecto Piloto y durante las réplicas de transformación que se instituyan hasta completar la transformación total del sistema de salud. Finalmente se presentan una serie de estrategias que facilitarán la divulgación de la información sobre los procesos de evaluación y los hallazgos de estas evaluaciones.

MARCO CONCEPTUAL

El modelo de Aday y colaboradores (1998), es uno de los marcos de referencia mejor conocido en el campo de la investigación de servicios de salud. (Ver Ilustración #1).

Ilustración #1

Conceptual Model Evaluation of the Healthcare System



Descripción del Modelo

Este modelo reconoce los factores de riesgo del ambiente físico, social y económico en la salud de las personas. Plantea además, la importancia tanto del cuidado de salud como de los factores no médicos, al evaluar la efectividad, eficiencia y equidad de un sistema de cuidados de salud y la política pública que lo sostiene. Propone un proceso de investigación evaluativa de servicios de salud, que analice y evalúe la estructura, los procesos y los resultados e impacto del Sistema de Cuidados de Salud.

Aday (1998), reconoce el rol importante que juegan el ambiente físico, social y económico y los riesgos asociados a éstos para poder producir salud. Plantea además, la importancia de incluir los roles de tanto los factores del cuidado médico como los no médicos al evaluar la efectividad, eficiencia y equidad del sistema de cuidado de la salud y las políticas asociadas. Este marco conceptual se utiliza para organizar los conceptos y métodos que utiliza la investigación de servicios de salud para describir, analizar y evaluar la estructura, proceso y resultados del sistema de cuidado de la salud. La estructura se refiere a la disponibilidad, organización y financiamiento de los programas del cuidado de la salud; las características de las poblaciones a ser servidas por éste; y los ambientes físicos, sociales y económicos a los cuales están expuestos. Los procesos incluyen: las transacciones entre los pacientes y proveedores en la provisión del cuidado, así como las transacciones del ambiente. Éstas a su vez están relacionadas a la conducta delser humano, que exacerba los factores de riesgo. Este modelo ve la efectividad, la eficiencia y la equidad como los productos intermedios de la provisión del cuidado de la salud, que finalmente están relacionados con el mejoramiento de la salud de individuos y la comunidad. La figura I presenta el Modelo de Aday (1988).

El modelo de Evaluación propuesto por Aday (2005) incluye una serie de constructos que requieren clarificación. A continuación se definen algunos de los conceptos incluidos en este modelo:

Investigación Evaluativa sobre Servicios de Salud

Producción de conocimiento sobre el desempeño del sistema de servicios de salud o cuidados de salud.

Análisis de Políticas de Salud

Aplicar el conocimiento de la investigación evaluativa para definir problemas y evaluar alternativas de política para su solución. La efectividad, la eficiencia y la equidad son los resultados intermedios del ofrecimiento de servicios de salud. Como tal constituyen, según Aday (1998) los objetivos fundamentales de un sistema de salud. Las definiciones operacionales de estos conceptos, según Aday (1998), se definen a continuación:

Efectividad

Examina los beneficios del cuidado de salud, a base del mejoramiento de la salud de las personas, como por ejemplo: Reducción de Tasas de mortalidad, aumento en expectativa de vida, y reducción en prevalencia de ciertas enfermedades. Se puede analizar desde dos perspectivas:

Perspectiva clínica de la efectividad

Evalúa la contribución o impacto del sistema de cuidado de salud en el mejoramiento de la salud de los individuos.

Perspectiva poblacional de la efectividad

Examina la contribución del cuidado médico y no médico (ambiental y de conducta) a la salud de las comunidades o poblaciones como un todo.

Eficiencia

Examina los resultados obtenidos en relación a los recursos invertidos, ya sean aquellas combinaciones de recursos que se requieran para producir los servicios de salud al menor costo posible ***(eficiencia de producción)*** o aquellos que produzcan el mejor efecto en la salud, dados los recursos disponibles ***(eficiencia distributiva).*** Es decir:

Eficiencia Productiva

Implica producir servicios de salud al menor costo posible. Aquí se considera el servicio como un **producto**.

Eficiencia Distributiva

Implica maximizar la salud de las personas, dadas unas restricciones de costo. Aquí el cuidado o servicio de salud se considera como un **insumo**.

Equidad

Examina las desigualdades, imparcialidad y efectividad de los procedimientos para lograr la salud de las personas.

Equidad Procesal

Implica hasta qué punto la estructura, los procesos y los procedimientos utilizados para alcanzar unos resultados se juzgan como justos.

Equidad Substantiva

Implica reducir las desigualdades en ciertos subgrupos de la población.

Los tres objetivos pueden ser complementarios, al evaluar la salud de la población y la efectividad del sistema de salud. Es decir, la efectividad **poblacional**, la eficiencia **distributiva** y la equidad **substantiva** buscan **mejorar la salud de la población.** Mientras que la efectividad **clínica**, la

eficiencia **productiva** y la equidad **procesal** se enfocan en **mejorar los servicios de salud.**

Otro modelo que contribuye a entender la evaluación del sistema de servicios de sociales en instituciones sin fines de lucro; entre los cuales está el sistema de salud, es el modelo de Poister,T.H. (2003). Éste autor define la **evaluación del desempeño** como un proceso de investigación evaluativa que permite definir, monitorear y utilizar indicadores objetivos relacionados al funcionamiento de una organización o de un proyecto o de un programa de manera continua y sistemática; con el propósito de mejorar su ejecutoria. Utiliza una gran variedad de medidas para dar seguimiento a ciertas dimensiones de la ejecutoria de una organización, programa o proyecto; tales como: efectividad, eficiencia, eficacia, productividad, calidad del servicio, satisfacción de los consumidores, y costo beneficio. (Poister,T.H. 2003).

Este proceso permite obtener información objetiva y relevante sobre el funcionamiento de una organización, de programas o proyectos; lo que contribuye a la toma de decisiones para el mejoramiento del desempeño, fortalecer el proceso de gerencia institucional, lograr los resultados y el impacto planificado y aumentar la capacidad de auditabilidad de la organización o del sistema. Las medidas del desempeño permiten monitorear, dar seguimiento y rendir cuentas sobre las actividades de un programa o proyecto o las operaciones de una organización en particular.

Este proceso de evaluación debe ser objetivo y participativo, con el cual motive y entusiasme a los responsables de la organización a lograr un máximo nivel de desempeño, es decir un alto nivel de excelencia. Se considera que un proceso de evaluación del desempeño es adecuado, si llena las siguientes condiciones; tiene precisión técnica, es conducida éticamente, utiliza métodos cuantitativos y cualitativos, presenta recomendaciones prácticas y viables de implementación y tiene suma utilidad para la audiencia o grupos de interés.

Este enfoque de evaluación del desempeño va a la par con las políticas contemporáneas de la Organización Mundial de Salud, el *Center for Disease Control (CDC),* y otras múltiples agencias federales y en Puerto Rico. Ejemplos de estas tendencias son: el reconocido proyecto del CDC denominado *Performance Standards,* y la metodología de OMS y OPS para la Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, entre otros.

La Organización Mundial de Salud (2003) plantea que además de mejorar la salud de las personas (Efectividad) y asegurar un funcionamiento equitativo del sistema de salud (Eficiencia y Equidad); la forma en que el sistema interactúa con los/as individuos, puede impactar su bienestar total. Es decir "las experiencia de los pacientes" es a fin de cuentas la capacidad de respuesta del sistema de salud para proteger los derechos humanos de las personas. Este aspecto constituye un cuarto elemento que toda evaluación periódica del

desempeño del sistema de salud debe estudiar. Implica que además de estudiar indicadores; como mortalidad, morbilidad o utilización de servicios, el sistema tiene que demostrar que responde adecuadamente a los derechos humanos de las personas. De acuerdo a este enfoque, la OMS plantea que la capacidad de respuesta de un sistema de salud, a los derechos humanos de las personas, consiste de nueve grandes dominios, que deben ser evaluados de forma sistemática y continua:

1. Respeto a la dignidad de las personas, lo que incluye derecho a la seguridad y el no discrimen.
2. Autonomía de las personas para participar en las decisiones relacionadas a su salud.
3. Confidencialidad de la información de salud personal y privacidad en la utilización de ésta.
4. Atención pronta y oportuna a las necesidades de salud individuales y colectivas.
5. Adecuada calidad del cuidado de salud y de servicios básicos de salud pública.
6. Claridad de la comunicación entre proveedores y pacientes.
7. Acceso a redes sociales de apoyo y la participación de la familia y la comunidad en el cuidado de salud.
8. Selección de proveedores de cuidado de salud.
9. Continuidad del cuidado.

La estructura de pensamiento de la OMS al evaluar el desempeño de los sistemas de salud identifica el estado de salud como la meta principal de los sistemas de salud. Reconoce que promover la salud de las personas es también la primera meta de los derechos humanos y por lo tanto considera a la salud como un derecho fundamental de los seres humanos. Define el **derecho a la salud** como la obligación de la sociedad de asegurar las condiciones necesarias para lograr la salud de los individuos y de las poblaciones.

Por otro lado, Green (1992) plantea que la OMS reconoce el derecho fundamental de cada ser humano al disfrute del más alto nivel o estándar de salud, sin distinción de raza religión, creencias políticas o de condiciones socioeconómicas. Es por esto, que según Green, la obligación de los Gobiernos, es minimizar las restricciones en el sistema de salud que restringen el logro total de este derecho; de forma equitativa.

En la medida que los gobiernos fallan a uno de estos nueve dominios del derecho humano a la salud; se infringe en este derecho; independientemente de cualquier justificación que el Gobierno ofrezca. Es por esto, que las leyes internacionales de los derechos humanos proveen la cohesión a estos nueve dominios y fomentan la evaluación continua y uniforme de los sistemas de salud a base de éstos.

Por lo tanto, los nueve dominios de los derechos humanos surgen de estudios en el campo de las ciencias sociales y los principios de la ética (autonomía, beneficencia y justicia). Al igual que los principios éticos, los nueve derechos humanos proveen apoyo al desarrollo de estándares para la conducta humana al ofrecer cuidados de salud. Como tal, deben ser evaluados además de los indicadores tradicionales para medir el desempeño de los sistemas de salud. A diferencia de los principios éticos, los derechos humanos se reconocen internacionalmente y se aceptan globalmente. Más aún, los gobiernos han aceptado que están legalmente obligados a proteger estos derechos humanos. Es por esto, que la OMS (2003) señala que:

> *…"es la obligación del Estado, independientemente de los sistemas políticos económicos ó culturales vigentes; promover y proteger los derechos humanos y las libertades individuales. En consecuencia, estos nueve dominios de los derechos humanos, proveen una estructura conceptual para evaluar la capacidad de respuesta del sistema a ellos"*

Por otro lado, de acuerdo a Poister (2003), la evaluación del desempeño conlleva tres pasos o componentes principales:

1. Recopilación y procesamiento de datos para convertir los indicadores en información útil.
2. Análisis y comparación de tendencias históricas, entre programas o con otras organizaciones e interpretación de los hallazgos.
3. Toma de decisiones y acciones afirmativas para mejorar la situación encontrada.

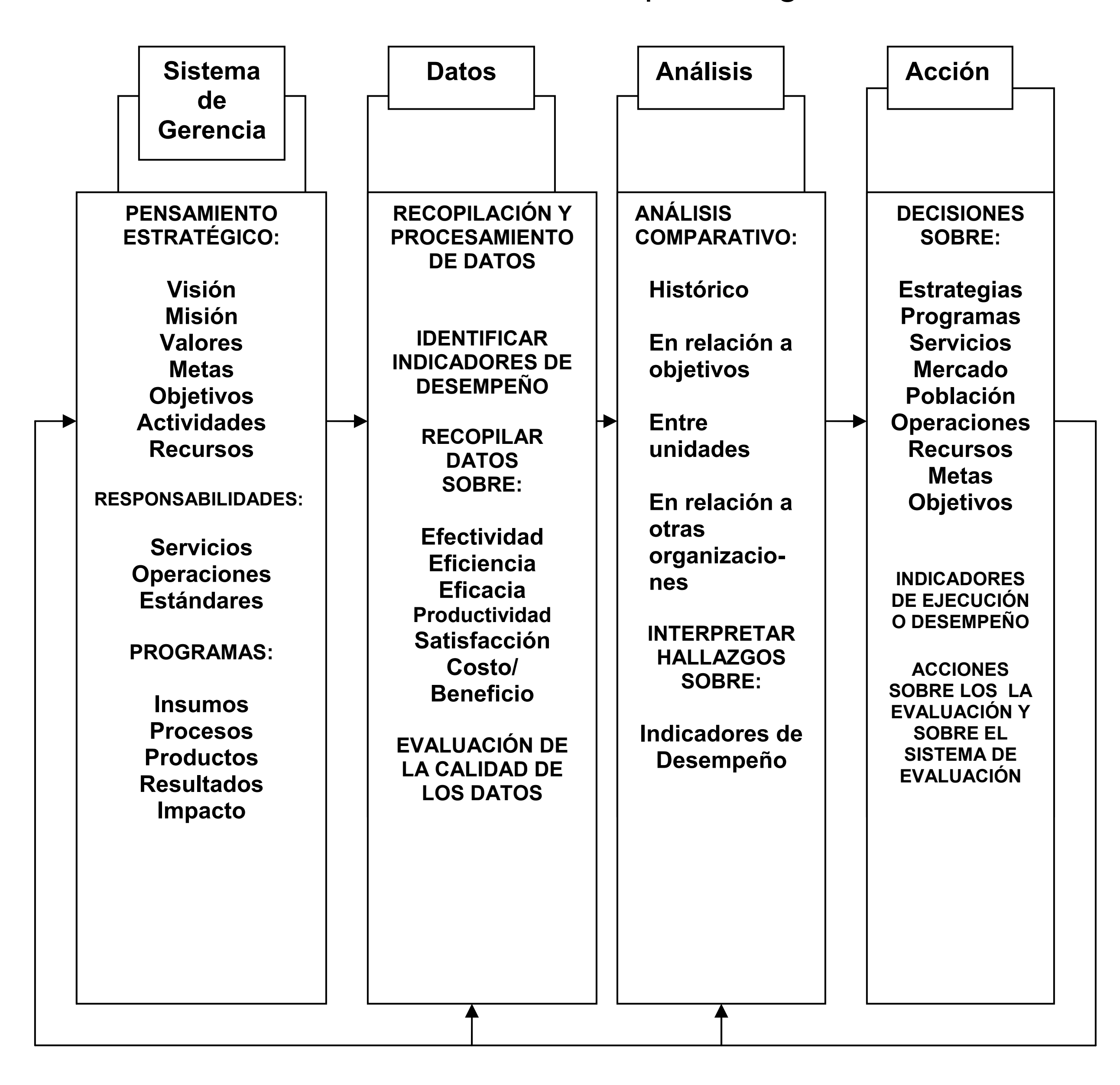
El Ilustración #2 presenta la descripción del Sistema de Evaluación del Desempeño aplicado a los sistemas de salud. Este modelo se puede utilizar a nivel de un país, de una región, o de una comunidad o localidad.

Como se observa, en el primer componente de la figura o la primera columna, todo sistema u organización de salud debe establecer un sistema efectivo y eficiente de Gerencia, que propicie el pensamiento estratégico y la capacidad de respuesta del sistema para mejorar las operaciones. Este proceso se basa en estándares y en la consecuente evaluación del logro de los insumos, procesos, productos, resultados o impactos. En el segundo componente del Ilustración, se describe el proceso de recopilación y procesamiento de datos; se identifican los indicadores de desempeño en cuanto a efectividad, eficiencia, eficacia, productividad, satisfacción y costo beneficio. En el tercer componente, se analiza la información recopilada y se interpretan lo hallazgos a base de la evaluación de cumplimiento con los indicadores de desempeño esperados y registrados. Finalmente, se toman las decisiones y acciones, conforme a los

hallazgos de la evaluación. Se modifican estrategias, programas o servicios y se toman acciones correctivas cuando sea necesario, inclusive decisiones para mejorar el sistema propio de evaluación.

Ilustración #2

Sistema de Evaluación del Desempeño Organizacional

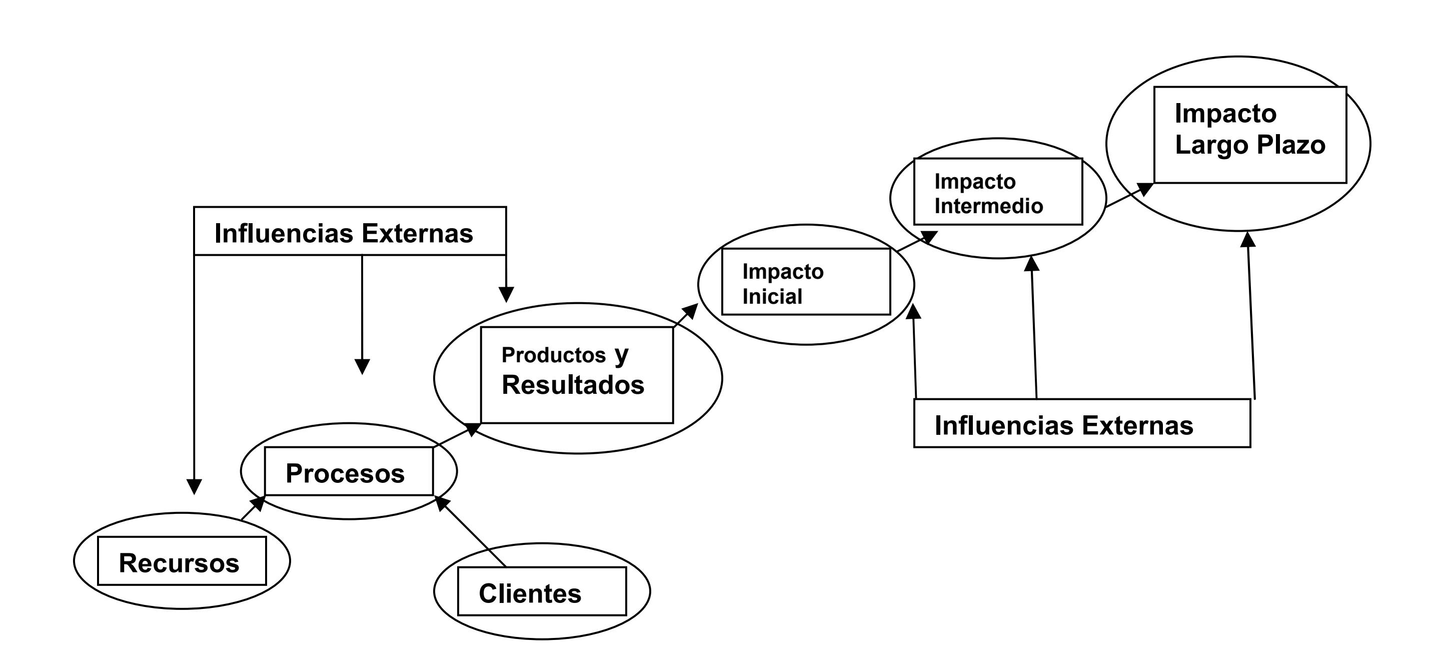


A la luz de este sistema de evaluación del desempeño, se genera un patrón o modelo lógico que permite organizar: la evaluación del sistema de salud en tres grandes aspectos:

1. Las variables críticas del diseño del sistema de salud o de la organización, programa o proyecto.
2. El papel que juegan estas variables en su funcionamiento.
3. Las relaciones entre estas variables.

El modelo lógico de pensamiento (Ilustración #3), se presenta a continuación, para enmarcar las definiciones operacionales de los términos más relevantes relacionados a la evaluación del desempeño. Estos términos se presentan en la tercera sección de este documento.

Ilustración #3
Modelo Lógico para la Evaluación del Desempeño



Como se observa, en el Ilustración #3, tanto los recursos, los procesos, los productos y el impacto del sistema u organización en la sociedad; son afectados por factores externos. Además, existe una relación muy estrecha de la percepción de los clientes internos y externos de un sistema; principalmente con relación a los procesos, los productos, los resultados internos y el impacto de un

sistema, una organización, programa o proyecto en la comunidad o sociedad mayor.

MEDIDAS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

A continuación se presentan las definiciones operacionales de las **medidas de desempeño**, o sea los términos claves que se utilizan en el proceso de evaluación del desempeño de un sistema, una organización, programa o proyecto:

Recursos o Infraestructura

Representa los activos que se utilizan para producir los resultados. Se relaciona a la inversión que hace el sistema, la organización, programa o el proyecto. Ejemplo: Cantidad, características, combinaciones o calidad del personal, planta física, fondos asignados, sistemas de información, y en general características de la infraestructura, entre otros aspectos. Por ejemplo, número de enfermeras, número de edificios, número de laboratorios, número de computadoras, cantidad de fondos externos y cantidad de fondos internos, entre otros. Los recursos son la base para computar otras medidas de eficiencia como el costo por procedimiento, o el costo por pacientes atendidos.

Procesos

Representa las actividades y acciones que lleva a cabo el sistema, la organización, proyecto o programa. Ejemplo: Protocolo de trabajo en una clínica prenatal.

Productos y resultados

Es la evidencia inmediata de lo que la organización o sistema ha logrado. Representan lo que la organización hace; es decir, la cantidad de los servicios que produce y la calidad en alcanzar ciertos resultados internos. Ejemplo: Número de clases prenatales llevadas a cabo, números de cesáreas en relación al número de partos naturales.

Impacto

Cambios significativos, mejoramiento substancial o beneficios sociales que ocurren debido a la implantación del nuevo sistema, proyecto o programa. Puede haber resultados de impacto: iniciales, intermedios y de largo plazo. Ejemplo: Reducción de embarazos en adolescentes.

Luego de llevar a cabo la evaluación del desempeño de un sistema, una organización, programa o proyecto, se espera encontrar **logros significativos** relacionados a:

Logros de Insumo (medios**)**

Logros relacionados al funcionamiento de los recursos de la organización: cantidad y calidad de los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos, y de informática que se incorporan a la institución.

Logros de Proceso (acciones)

Logros correspondientes a la dinámica en la operación de la organización relacionados con: cantidad y calidad de las políticas institucionales, normas, procedimientos, cultura organizacional, clima organizacional, revisión y cambios en protocolos, entre otros.

Logros de Producto o Resultados (internos)

Logros organizacionales evidenciados mediante información sobre servicios prestados por el sistema, la organización, tales como: pacientes atendidos, estudiantes admitidos, graduandos, o investigaciones efectuadas. Representan los productos directos que genera la organización, o sea el volumen de las actividades llevadas a cabo o el volumen de trabajo completado en determinadas etapas del programa o proyecto.

Logros de Impacto (externos)

Logros organizacionales o del sistema que producen cambios en la sociedad, tales como: contribuciones del personal en la comunidad, participación en el desarrollo de política pública, o la satisfacción con la implantación de nuevos modelos de servicios.

Generalmente, las organizaciones se enfocan en presentar principalmente logros de insumo y de procesos; en vez de logros de productos y de impacto, que son los que demuestran lo extraordinario que alcanza la organización para la sociedad y el nivel de excelencia que exhibe. Esto se debe principalmente a problemas metodológicos y de costos para identificar y medir indicadores que reflejen el impacto, o sea las consecuencias en la sociedad

Es por lo tanto, necesario definir las dimensiones que típicamente se evalúan en el análisis del desempeño de impacto. Para poder establecer el **nivel de logro de impacto** alcanzado en una organización, sistema, programa o proyecto. Se debe analizar estas dimensiones, según apliquen:

Efectividad

Es lo relevante, lo sobresaliente. Contesta las interrogantes: ¿Qué logramos con relación a los objetivos que nos trazamos?

¿Estamos haciendo **lo correcto**? Representa el grado en que el programa produce el impacto esperado, o sea, logra el impacto esperado ya sea a corto, mediano o largo plazo.

Eficacia

Es lo pertinente, lo oportuno de la intervención. Contesta las interrogantes: ¿Qué logramos y cuán rápido, con relación a las necesidades y o a la nueva tecnología?

¿Estamos haciendo **lo necesario**? Permite decidir si el programa hizo una diferencia, al compararlo ya sea con un programa alterno o con la ausencia total de un programa. En el contexto de investigaciones sobre el impacto de políticas y programas de salud; la eficacia se considera como una medida del grado en el cual una estrategia de intervención puede trabajar bajo condiciones ideales, con una selección cuidadosa de la población y con recursos óptimos. (Teutsh, 1996)

Eficiencia

Es el rendimiento, la utilidad. Contesta las interrogantes: ¿Qué logros y beneficios obtuvimos con relación a los recursos invertidos, tales como; económicos, humanos, tecnológicos y físicos? ¿Estamos haciendo las cosas **correctamente**? Estas medidas estudian la razón entre los productos obtenidos y la cantidad de recursos monetarios consumidos en su producción.

Para medir o evaluar el nivel de logro de **resultados**, se estudia las dimensiones siguientes:

Carga de Trabajo

Cantidad o cuota de trabajo esperado de un empleado/a o grupo de empleados/as. Representa el flujo de casos que entran a la organización, en relación a estándares establecidos de personal requerido para satisfacer la demanda. Por ejemplo: Cantidad de enfermeras por tipo de servicio.

Productividad

Esta medida se relaciona a la tasa de producción a base de una unidad de recurso utilizado, como por ejemplo el número de personas atendidos por cada médico. También debe definir la unidad de tiempo que tomó llevar a cabo la producción. Por ejemplo: el número de horas de trabajo completadas por un/a psicólogo/a por cada hora de trabajo o el número de pacientes atendidos por cada farmacéutico/a en una hora.

Calidad del servicio

Se relaciona a los procesos que ocurren al ofrecer un servicio o producto en particular. Las medidas de calidad de un servicio se establecen a base de procedimientos estándares de operación o a base de un determinado producto o resultado que se interesa alcanzar. Se deben computar las estadísticas de forma objetiva y cuantitativa. Las medidas que típicamente se evalúan son: Tiempo de espera por un servicio, tiempo para conseguir una cita, precisión en el servicio, accesibilidad, conveniencia, cortesía y seguridad.

Satisfacción de los consumidores y proveedores

Es una medida de calidad desde el punto de vista del consumidor o proveedor. Se relacionan a los indicadores de calidad del servicio, pero no son idénticos, por lo que se deben considerar como una categoría aparte. Por otro lado, también se relacionan a las medidas de efectividad, pero proveen una perspectiva diferente relacionada a la totalidad del desempeño de un servicio. Por esto, se consideran medidas complementarias a las de calidad y de efectividad. A veces se enfocan en la evaluación de los productos y resultados, como por ejemplo: satisfacción con los seminarios de capacitación y la consejería. Otras veces se enfocan en la efectividad del programa, por ejemplo: satisfacción con el trabajo luego de un tiempo en el mismo. Generalmente se obtiene la retrocomunicación de los consumidores o de los proveedores, mediante encuestas o entrevistas estructuradas.

Costo beneficio o costo efectividad

En el caso de la eficiencia, anteriormente se señaló que se analiza los costos para producir determinado resultado; mientras que en el análisis de costo beneficio o costo efectividad, se analiza el costo para lograr el impacto esperado. Lo que se busca es determinar si los beneficios o efectividad del sistema u organización sobrepasan los costos.

Es necesario señalar que cada proceso de evaluación del desempeño de un sistema de salud debe determinar cuáles de las dimensiones mencionadas evaluará de acuerdo a las necesidades particulares. Esto se debe a que utilizar todas las dimensiones mencionadas, puede conllevar metodologías y costos excesivos.

Idealmente se debe computar por lo menos una medida de cada tipo de dimensión mencionada: Impacto, Resultado, e Insumo, Proceso o Producto; como por ejemplo:

Dimensión de Impacto

1. Efectividad
    a. Por ciento de participantes que no fuman.
    b. Por ciento de participantes que toman la vitamina diariamente.
    c. Por ciento de recién nacidos que pesan por lo menos 5.5 libras y tienen un APGAR de 7.
2. Eficacia
    a. Total de participantes en relación al total de personas que necesitaban tomar el curso.
    b. Resultados obtenidos al utilizar una nueva tecnología para determinado procedimiento de salud.
3. Eficiencia
    a. Costo por curso completado.
    b. Costo por hora de consejería.
4. Equidad
    a. Acceso igual a servicios de prevención primaria por grupos de edad y sector gubernamental, privado o de organización sin fines de lucro.
    b. Ausencia de desigualdad en la participación en clínicas prenatales de todas las adolescentes de un municipio.

Dimensión de Resultados

5. Carga de Trabajo
    a. Distribución de profesores por cantidad de créditos que se ofrecen.
    b. Cantidad de enfermeras en cuidado directo.
6. Productividad
    a. Número de personas que completó el curso por cada hora de instructor invertida.
    b. Número de pacientes atendidos en el laboratorio por cada hra de trabajo.
7. Calidad del Servicio
    a. Calidad de los materiales y las técnicas utilizadas.
    b. Tiempo de espera en obtener una cita.
8. Satisfacción del consumidor y del proveedor
    a. Por ciento de los que completaron el curso que demuestran satisfacción con el programa de estudio.
    b. Satisfacción del médico primario con los procedimientos administrativos.
9. Costo-Beneficio o Costo-Efectividad
    a. Costo por cada estudiante que completa el curso.
    b. Costo por cada paciente dado de alta en el tiempo esperado.

Dimensión de Insumos, Procesos y Productos

10. Insumos
    a. Cantidad de Terapistas contratados.
    b. Cantidad de computadoras nuevas adquiridas.
    c. Aumento porcentual de la asignación presupuestaria
11. Procesos
    a. Uso de protocolos adecuadamente.
    b. Cambio de Normas y Procedimientos.
12. Productos
    a. Número de clases en un semestre.
    b. Número de participantes en el programa.

Luego de completar el análisis de la información recopilada, se calculan los indicadores de las medidas que se considere pertinente y se hacen las comparaciones e interpretación de mayor interés.

ESTRATEGIAS PARA INFORMAR LOS HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

A continuación se presenta una serie de formatos que contribuyen a la recopilación de los datos fundamentales para la evaluación del desempeño de un sistema de salud, organización, programa o proyecto. Estos permiten uniformar el proceso de recopilación, análisis e interpretación de los hallazgos encontrados en la evaluación del desempeño.

El **formato #1** presenta el Plan de Evaluación para determinar el nivel de logro alcanzado en las estrategias, metas u objetivos. Este Plan debe elaborarse con la participación más amplia del personal afectado. Como se observa, para cada estrategia o meta del sistema, organización o proyecto se identifica el indicador de logro esperado. Se puede identificar la cantidad de indicadores que mejor corresponda a cada estrategia, de acuerdo a las once dimensiones (Impacto, Resultado, Insumo, Proceso o Producto) presentadas en la sección anterior. Es bueno señalar que los indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos.

En el **formato #2** se presenta un Informe de carácter formativo, es decir a mitad del periodo total del Plan de Evaluación. Este permitirá monitorear el nivel de progreso alcanzado y una reflexión crítica sobre los logros alcanzados hasta ese momento. Al igual que la evaluación sumativa del Formato #3, la evaluación formativa (Formato #2) debe estar enmarcada en el Plan de Evaluación original (formato #1).

El **Formato #3** presenta el Informe Sumativo de la Evaluación del Desempeño. Este formato se utilizará luego que el sistema de salud, organización o programa esté en función por lo menos por un año. Para cada estrategia se indicará las acciones llevadas a cabo, se incluirá los resultados obtenidos para cada indicador, según pautado en el Plan de Evaluación. Además, se especificará el nivel de cumplimiento alcanzado, las modificaciones en estrategias, si se requieren y la responsabilidad de seguimiento

Mediante este sistema de evaluación del desempeño del sistema de salud, se podrá establecer un proceso objetivo uniforme y continuo que facilite la evaluación periódica del sistema de salud de Puerto Rico.; en particular comenzando con el proyecto piloto según está delineado en el capítulo V.

Para establecer este sistema de Evaluación del Desempeño, se requiere crear una entidad autónoma de absoluta objetividad, que mantenga una vigilancia del sistema de salud en sus componentes diversos de prevención primaria, secundaria y terciaria y servicios supraterciarios y en los sectores gubernamental, privado y de organizaciones sin fines de lucro.

APUNTES PARA EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA EL SISTEMA DE EVALUACIÓN

Importancia de la Estructura Organizacional para la Evaluación del Sistema de Salud

La Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico recomienda la institucionalización de un sistema de evaluación continuo, uniforme, sistemático, sistémico, objetivo, crítico y exclusivo para medir el desempeño del Sistema de Salud de Puerto Rico. Este Sistema de Evaluación tendrá la responsabilidad principal de evaluar el Sistema de Salud para propiciar su mejoramiento y su desarrollo óptimo; tanto a nivel gubernamental, privado como para organizaciones sin fines de lucro del sector de la salud en Puerto Rico.

Es de fundamental importancia que se apoye el desarrollo de esta entidad para garantizar que la evaluación sea parte activa de la transformación del Sistema de Salud. Esto evitará las experiencias recientes, donde durante doce largos años, no se contó con una evaluación abarcadora, objetiva, continua, sistemática y de conocimiento amplio sobre el impacto de la “reforma”, auspiciada por la Ley 72 de 1993.

Muchas de las experiencias negativas vividas, según documentadas en la evaluación llevada a cabo por la Comisión; pudieron haberse evitado o haberse tomado acciones correctivas oportunas. Indudablemente, si se hubiera contado con esta herramienta evaluativa, el Sistema de Salud de Puerto Rico del presente, reflejaría superiores indicadores de desempeño, alta satisfacción de

consumidores y proveedores y sobre todo superiores niveles de salud de la población. Lo contrario ha sido los hallazgos de la Comisión.

Ésta sería una entidad autónoma de salud pública que complementaría los servicios gubernamentales, privados y sin fines de lucro en el sector salud; para propiciar las condiciones para mejorar la salud de la población. Como parte de los beneficios del proceso continuo de evaluación, se lograría innovaciones que fortalezcan el desarrollo del propio Sistema de Salud. Además, este entidad contribuiría a la investigación de políticas de salud, a la planificación del desarrollo del sistema de salud, a la evaluación de su desempeño, a fortalecer la capacidad de trabajo colaborativo, a crear coaliciones para defender asuntos de salud pública, y a crear redes para el mejoramiento del Sistema de Salud, entre otras.

La Organización contaría con una Junta de Directores para dar dirección, encauzar y articular las estrategias y proyectos del sistema de evaluación, que a su vez propiciará el desarrollo del Sistema de Salud de PR y el alineamiento estratégico de todos sus componentes.

La base legal de este tipo de organización, puede ser tan formal como un proyecto de Ley, o un memorando de acuerdo entre el Departamento de Salud, la organización y otras entidades de la comunidad. Este tipo de entidad legal debe ser autónoma y sin fines de lucro. Esto le dotaría de capacidad para estar exenta de contribución sobre ingresos, elegibilidad para recibir contribuciones y donaciones como entidad comunitaria sin fines de lucro, y el aumento en donaciones que serían deducibles de impuestos a individuos y a corporaciones donantes. También tendría elegibilidad para la obtención de recursos externos de fundaciones y otras entidades que otorgan fondos a entidades sin fines de lucro, y exención del pago de impuestos por ingresos o impuestos a la propiedad.

Como tal, esta organización tendría un compromiso fundamental con su función social de mejoramiento del estado de salud de la población; por lo cual cualificaría para funcionar como organización aprobada por el código de rentas internas federal sección 501(c)(3). Este tipo de organización, puede recibir exención de contribuciones federales, elegibilidad para donativos caritativos, exención de ciertos impuestos federales por ser patrono, y elegible para propuestas a fundaciones y otras organizaciones que donan recursos a entidades sin fines de lucro.

Es bueno señalar, que existe una red de este tipo de organizaciones de salud pública, en Estados Unidos, que apoyan y asesoran el desarrollo de otros Centros. Ellos han mostrado mucho interés en ayudar a PR.

Alcance, Capacidad de Convocatoria y Responsabilidades

Esta Organización con la responsabilidad de la evaluación del Sistema de Salud, debe constituirse como una entidad multi-sectorial autónoma, con capacidad de convocatoria de los actores claves que tienen capacidad de influenciar el nivel de salud de la población y el desempeño del Sistema de Salud. Esta estructura organizacional debe propiciar interrelaciones y acuerdos colaborativos con agencias de salud y grupos de los sectores gubernamental, privado y sin fines de lucro; y también con la academia, fundaciones, organizaciones relacionadas a la salud, empresas , medios de comunicación y la comunidad en general.

Las Metas generales, que a su vez constituyen la principales responsabilidades de esta entidad de evaluación, serían:

1. Propiciar y gestar el enfoque de acción social multisectorial en la evaluación del desempeño del Sistema de Salud de Puerto Rico.
2. Establecer y llevar a cabo un Plan de Evaluación para el seguimiento del Proyecto Piloto que iniciará la transformación paulatina del Sistema de Salud de Puerto Rico.
3. Presentar recomendaciones y pautas de cambio, a la luz de la evaluación realizada, a las entidades responsables de las modificaciones en el Sistema de Salud.
4. Fomentar y facilitar la comunicación entre todos/as los actores claves del Sistema de salud.
5. Mantener un sistema de información ágil con acceso a bancos de datos del sector salud y con capacidad para mantener información al día y de acuerdo a las dimensiones de análisis que faciliten la comparabilidad, la interpretación y la búsqueda de soluciones para el mejoramiento del Sistema de Salud.
6. Contribuir a fortalecer la cultura de aprendizaje en salud pública en Puerto Rico.
7. Promover el desarrollo de parámetros, estándares e innovaciones en el desarrollo del Sistema de Salud.
8. Sobretodo, mantener un sistema de evaluación de excelencia para la continua investigación evaluativa del Sistema de Salud de Puerto Rico.

Formato #1

PLAN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS, METAS U OBJETIVOS

ESTRATEGIA O META*	INDICADOR DE LOGRO ESPERADO	MÉTODO DE EVALUACION	RECURSOS REQUERIDOS	RESPONSABILIDAD	FECHA A COMPLETARSE	OBSERVACIONES

*De ser necesario, se debe especificar la prioridad de cada Estrategia o Meta.

Formato #2

MONITORÍA DE PROGRESO Y REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LOGROS ALCANZADOS

ESTRATEGIA O META*	**ACCIONES LLEVADAS A CABO**	INDICADOR DE LOGRO ESPERADO	FECHA DE INICIO	TIEMPO ESTIMADO DE TERMINACIÓN	ACCIONES CORRECTIVAS REQUERIDAS	RESPONSABILIDAD DE SEGUIMIENTO

*De ser necesario, se debe especificar la prioridad de cada Estrategia o Meta.

Formato #3

EVALUACION DE LOGROS A LA LUZ DEL DESEMPEÑO

ESTRATEGIA O META*	**ACCIONES LLEVADAS A CABO**	INDICADOR DE LOGRO ALCANZADO	PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR			MODIFICACIONES REQUERIDAS A LA/S ESTRATEGIA/S	RESPONSABILIDAD DE SEGUIMIENTO
			100%	50%	10%		

*De ser necesario se debe especificar la prioridad de cada Estrategia o Meta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Addendum III. ASES; March 10,1997
2. Albizu, C. and et al. (2004) Provider Turnover in Public Sector Manager Mental Health Care
3. An Analysis of the Health Care System of Great Britain- a study.
4. Análisis de la Reforma. Fundación Puertorriqueña de la Salud, 2003.
5. Análisis del Sector de Salud de Puerto Rico. Departamento de Salud, 2004.
6. Análisis Sectorial de Salud de Puerto Rico. Coordinación General Johnny Rullán. Secretario de Salud. Departamento de Salud, 2004.
7. Anderson, G.F. and et al (2004). Health Policy in International Perspective. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd Edition. New York: Macmillian Reference, USA. Vol. 2: pp. 1129-1133.
8. Anteproyecto sobre Nueva Ley Orgánica para el Centro Médico de PR. Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico.
9. Barry, B. (1989) Theories of Justice. Berkley: University of California Press.
10. Batista, E. (Recopilación). Modelos Conceptuales de Cuidado de Salud.
11. Beauchamp, T.L & Childress, J.F., L. (2001). Contemporary Issues in Bioethics. New York Press: Oxford University Press. Fifth Edition.
12. Beauchamp, T.L & Walters, L.R. (eds.) (2003). Contemporary Issues in Bioethics. Belmont, CA, Wadsworth: Thomson Learning. 6th Edition, 39-108
13. Binstock, R.H (2004). Health Policy in the United States, *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd Edition. New York: Macmillian Reference, USA. Vol. 2: pp. 1134-1138.
14. Calero, H. Consulting Group .Oferta y Demanda de Profesionales Seleccionados de la Salud de Puerto Rico. Resumen Ejecutivo, presentado al Recinto de Ciencias Médicas, Río Piedras; diciembre, 1996

15. CESSPR / Médico primario, Concepto: Modelo Vertical – Notas de Trabajo #1 y #2.
16. Daniels, N, Kennedy, B. & Kawachi, I. (eds.). (2000) Is Inequality Bad for Our Health? Boston Beacon Press
17. Daniels, N. & Sanbin, J.E. (2002). Setting the Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources? New York: Oxford University Press
18. Daniels, N. (1985). Just Health Care. New York Press; Cambridge University Press.
19. Danis, M., Clancy, C. & Churchill, L.R. (eds.) (2002) Ethical Dimensions of Health Policy. New York: Oxford University Press.
20. Darr, K. (2004) Health Services Management Ethics. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd Edition. New York: Macmillian Reference, USA. Vol. 2: pp. 1138-1143.
21. Desafíos para la Promoción de la Salud en Puerto Rico, 2004.
22. Díaz, M. Informe al Comité de Salud Mental de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de PR- Experiencia y Recomendaciones., FHC Health Systems; 31 de marzo de 2005
23. Directorio de las Instalaciones de Salud. Departamento de Salud, 2003.
24. El Estado de Salud de la Población y del Sistema de Salud de Servicios en Puerto Rico. Grupo de Salud 2000.
25. Estadísticas Vitales. Departamento de Salud, 2000.
26. Estado de Salud de la Población Adulta de Puerto Rico basado en Características seleccionada del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo asociados a la Conducta. Centro para el Manejo de Datos de Diabetes de Puerto Rico, 1996-2000.
27. Estado de Salud de la Población y del Sistema-Grupo de Salud ,2000.
28. Estado de Salud Mental de Puerto Rico, 2005
29. Estudio Andersen
30. Estudios sobre la Situación socio económica de los Pensionados del Gobierno de Puerto Rico- Resumen General y por Sistemas de Retiro.

Comisión Especial Permanente sobre los Sistemas de Retiro –CEPSR-, julio, 2003.

31. Estudios Visión Puerto Rico 2025
32. Feldstein, P. (1999) Health Care Economics. Fifth Edition.
33. Ferrer, J.J & Álvarez, J.C. (2003) Para Fundamentar la Bioética. Madrid y Bilbao: Universidad Pontificia Comillas y Desclée de Brouwer.
34. Ferrer, J.J. & Santory, A.O. (2004) Hacia una Bioética Global: Ecología y Justicia Cosmopolita. En Alarcos F. (Ed.).*La Moral Cristiana como Propuesta.* Madrid: Ediciones Paulinas.
35. Final report of the Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers Envision the Future of Academic Health Centre, February, 2003.
36. Gafo, J. (1998). Los Principios de Justicia y Solidaridad en Bioética. *Cuadernos del programa Regional de Bioética*. Núm. 6, 13-56.
37. García, D. (1998). Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Bogotá: Editorial El Búho. (Ética y vida t.4°), 151, 194.
38. García- Palmieri and et al. (1995, nov.). Informe de Comisión Evaluadora de los Servicios Terciarios y Supraterciarios a la luz de la Reforma de Salud.
39. Ginsburg, P. (2005). Ten Years of Tracking Health System Change: The Evolution of Competition. Conference presented on February 2, 2005.
40. Gostin, L. and et al. (2003).The Domains of Health Responsiveness- A Human Rights Analysis. EIP Discussion Paper No. 53: World Health Organization.
41. Hall, R.T. (2000). An Introduction to Healthcare Organizacional Ethics. New York: Oxford University Press.
42. Harvard Business Review – Porter (2004). Redifining Competition in Health Care.
43. Health Reforms-International- International Perspectives Forum (2003). *American Journal of Public Health, 93 (1).*
44. Huertas, S. Nuevas Alternativas para nuestro Sistema de Salud.
45. ID. (2004) Como Arqueros al Blanco. Madrid: Triacastela. Págs. 27-102

46. Implementation Plan: Health- Stakeholders Plan for Achieving the Puerto Rico 2025 Vision.
47. Informe Comité de Criminalidad, Salud Mental y Abuso de Sustancias. Colegio de Médicos Cirujanos de PR, diciembre, 2003.
48. Informe de la Comisión sobre Seguro de Salud Universal y Apéndices Tomos I y II, diciembre, 1974.
49. Informe de Transición. ASSMCA, 2004.
50. Informe de Transición. Departamento de Salud; octubre de 2004
51. Informe del Grupo de Trabajo sobre Política Pública. ASSMCA.
52. Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud en Puerto Rico (1995-1998). Departamento de Salud.
53. Instrumento Focalizado al Fortalecimiento del Rol Rector de la Autoridad Sanitaria Nacional. Unidad de Sistemas y Políticas de Salud: Área de Desarrollo Estratégico de Salud. Organización Panamericana de la Salud, noviembre, 2003.
54. Izquierdo-Mora, L. (2004). Varios Aspectos de Salud
55. Juliá, J. – President (2005) Health Care Evaluation Committee- Medicare Advantage, 6 de mayo de 2005.
56. Keane, P.S. (1993) Health Care Reform. A Catholic View. Mahwah, NJ: Paulist Press.
57. Kilner, J.F. (2004) Healthcare Resources Allocation of. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd Edition. New York: Macmillian Reference, USA. Vol. 2: pp. 1098-1116.
58. La Reforma de Salud de Puerto Rico: Doce años de historia, éxito y oportunidades.
59. Ley. Número 144 - Llamadas de Emergencia 9-1-1/ P. del S. 482 – 22 de diciembre de 1994
60. Ley. Número 67 – 7 de agosto de 1993
61. Ley 194. Carta de Deberes del Paciente-Departamento de Salud.
62. Ley. Número 1 – Salud; Administración de Seguros de Salud – P. del S. 505 - 8 de enero de 1994

63. Ley. Número 104 – Código de Seguros de Puerto Rico; Adición del Capítulo 30- P. del S. 1574- 19 de julio de 2002
64. Ley. Número 105 - Ley. Número 72 de 1993; Enmiendo a los Artículos II-IV, IX- 19 de julio de 2002
65. Ley. Número 107 – Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; Enmienda a los Artículos IV y VI – P. de la S. 1860 – 22 de junio de 2000
66. Ley. Número 11 – Ley para crear la Oficina y el Código de Procurador del paciente Beneficiario de la Reforma de Salud- P. del S. 78- 11 de abril de 2001
67. Ley. Número 12 – Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; Enmiendas a las Secciones 3, 5, 8 – P. de la C. 417- 11 de abril de 2001
68. Ley. Número 133 - Ley de la Administración de Seguros de Salud; Enmienda- P. de la C. 1749- 1 de junio de 2003
69. Ley. Número 139 – Administración de Seguros de Salud – 1 de julio de 1997
70. Ley. Número 139 - Administración de Seguros de Salud; Prórroga para solicitar servicios en San Juan - P. de la C. 1578 – 14 de diciembre de 1994
71. Ley. Número 310 -Código de Seguros; Enmiendas – P. de la C. 3746- 19 de diciembre de 2003
72. Ley. Número 334 - Ley de la Administración de Seguros de Salud; Enmiendas- P. de la C. 4155- 29 de diciembre de 2004
73. Ley. Número 372 – Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; Enmienda al Artículo 4 - P. de la C. 3464 – 22 de junio de 2000
74. Ley. Número 462 – Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, para añadir a la Sección 12 al Artículo IV – P. de la C. 3321 – 29 de diciembre de 2000

75. Ley. Número 463 - Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para enmendar los Artículos III y IV – P. de la S. 3565 – 29 de diciembre de 2000
76. Ley. Número 51 – P. de la C. 937 – 30 de junio de 1986
77. Ley. Número 539 - P. de la C. 4588- 30 de septiembre de 2004
78. Ley. Número 64 - Ley de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico; Enmienda Sección 2- P. de la C. 1901- 4 de enero de 2003
79. Ley. Número 72 – Tarjetas de Salud – P. del S. 400 – 7 de septiembre de 1993
80. Ley. Número 81 – Ley del Departamento de Salud – 14 de mayo de 1912
81. Ley. Número 83 – Ley de Administración de Seguros de Salud; Enmienda 13 de junio de 1998
82. Ley. Número 88 – Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; Enmienda al Artículo V - P del S. 2443 – 2 de mayo de 2000
83. Leyes de Puerto Rico sobre Salud
84. London, A.J. (2005). Justice and the Human Development Approach to International Research. *Hastings Center Report.* 35, 24-37.
85. Marín, H. Impacto Económico de la Industria de Servicios de Salud en Puerto Rico. Presentación.
86. Marini, L. & Triple –S, Inc. Hablemos de la Reforma de Salud. Presentación.
87. Marini, L. and et al. (2005). La Reforma de Salud de Puerto Rico: Doce Años de Historia, Éxito y Oportunidades.
88. Matos-Negrón, W. Informe sobre Indicadores de Logros, Proceso y Producto por Función Esencial de Salud Pública.
89. MCS Classicare 2005, Medicare Modernization ACT (2003, MCS Classicare 2006 *Presentation /* MCS Classicare Resumen de Beneficios.
90. Measuring Quality in Health Care, 1997.
91. Medicaid and the Uninsured, 2001.
92. Medidas HEDIS
93. Memorando Constitutivo de la Alianza Salud Pública

94. Mendoza, A. (2005). La Comisión Evaluadora del Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico. Ponencia presentada ante CESSPR, 23 de abril de 2005.
95. Mendoza, A., MD, FCAP, FASCP (2005). Ponencia ante la CESSPR, 23 abril de 2005.
96. Modelo Contratación Directa de Proveedores. COSVI; marzo, 2005
97. Modelos de Contratación Directa. COSVI.
98. Modelos de Sistemas de Salud. Cortesía de la Dra. Elena Batista.
99. Monroig, S. & Comité Reforma de Salud (2005, abril) Informe de de Cambios Recomendados por los Hospitales para ser realizados a la Reforma de Salud de Puerto Rico. Asociación de Hospitales.
100. Multinational Comparisons of Health Care- The Commonwealth Fund (1998)
101. Mundinger, H. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. *JAMA* 2000; 283:59-68 (article and editorial)
102. Overview of the Medicare Prescription Drug Benedit – MMA Title I Summary
103. P. Del S. 179 (2005, ene.) Ley de Impericia Médico-hospitalaria
104. Pacheco, J. (2005, abr.). La Profesión de Enfermería en PR y los Factores que han Afectado su Desarrollo.
105. Pagán, H. (2005, may) Recomendaciones a la Comisión de Salud. Vistas Públicas: Edificio de Farmacia Recinto de Ciencias Médicas.
106. Perfil Sociodemográfico y Análisis de morbilidad Asociada a causas Selectas en Puerto Rico. Escuela de Salud Pública, del RCM.
107. Pharmacy Benefit Management and Pharmacy Benefit Managers (PBM's) (2002). Resource Document. American Psychiatric Association.
108. Physicians for National Health Plan (2002, Fall) Physicians and Medical Students Proposal for National Health Insurance.
109. Población asegurada y elegible por región o área donde ha sido implantada la Reforma. ASES, enero 1, 2000.

110. Ponencia ante la CESSPR. Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico, 2 de junio de 2005.
111. Ponencia del Administrador de ASSMCA ante la CESSPR; mayo, 2005
112. Ponencia ante la Comisión Evaluadora del Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico. Sociedad de Médicos Graduados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.
113. Ponencia de la Asociación de Maestros de Puerto Rico ante la CESSPR. Asociación de Maestros de Puerto Rico, 2 de junio de 2005.
114. Ponencia de la Dra. Marisel Velásquez Vicente ante la CESS. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico; 12 de mayo de 2005.
115. Ponencia de Triple-S ante la Comisión de Salud, 27 de febrero de 2002
116. Ponencia presentada por Dr. Fiol, titulada Modelo Reforma de Salud; 23 de abril de 2005.
117. Presentación de Puerto Rico Health Insurance Administration. ASES.
118. Presentación Derecho a la Salud- Comisión Conjunta de la Asamblea Legislativa.
119. Presentación. Administración de Seguros de Salud (ASES).2005
120. Presentación del Dr. Galarza sobre Plan de acción para Salud Mental. ASSMCA.
121. Presupuesto de Gastos. ASSMCA, 2005-2006.
122. Prevalencia de Diabetes, Complicaciones y Uso de Servicios Relacionados a la Diabetes en PR: Grupo Comercial VS la Reforma de Salud, año 2001. *Boletín Estadístico.* Centro para el Manejo de Datos de Diabetes en Puerto Rico , 2003
123. Programa de Adiestramiento en Ética Médica. Escuela de Medicina, del Recinto de Ciencias Médicas.
124. Programas de Adiestramiento en Ética. Escuela de Medicina.
125. Propuesta ASES – Concepto de Modelo de Prestación de Servicios-Proyecto Piloto para Grupos Médicos, 9 de octubre de 2002.
126. Propuesta para la transformación de Sistemas de Salud de la Procuradora del Paciente, 2005.

127. Propuestas Comparativas de los diferentes partidos. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, 2004.
128. Propuestas del Colegio de Médicos- Cirujanos para un Puerto Rico Saludable
129. Puerto Rico 2025 Project Assessment: Current Status of the Economic, Social, Environmental and Infrastructure Development in Puerto Rico, December, 2003.
130. Ramírez, R. (2005) El Sistema de Salud de Puerto Rico- Evolución y Revolución. Presentado en marzo de 2005
131. Ramírez, R. (2005) El Sistema de Salud en PR: Evolución y Revolución. Presentado el 13 de diciembre de 2004.
132. Recomendación del Subcomité de Estudios de Necesidades y Cubiertas para Personas de Edad Avanzada al Comité de Servicios de Salud de la CESSPR del ELA de PR., 10 de mayo de 2005.
133. Recomendaciones finales para la reestructuración de ASSMCA. Oficina de Gerencia y Presupuesto, enero, 2003.
134. Recomendaciones para Mejorar la Condición de la Industria de los Servicios de Salud en PR. Comité de la Industria de la Salud del Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico, 2005.
135. Registro de los médicos por distrito. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, 2004.
136. Registro de los médicos por especialidad. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, 2004.
137. Registro Médico por Distrito
138. Reglamento para el Control de Gastos de Difusión Pública del Gobierno: Elecciones Generales 2004. Comisión Estatal de Elecciones, 2003.
139. Ríus, A. Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico y Centro Médico de Puerto Rico.
140. Rivera Mass and et al. (2004). Estudio Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental. (en CD y papel)

141. Rullán, J. (2002) New Vision of the Puerto Rico Health System. Presentado en febrero de 2002.
142. Rullán, J. (2004) Resultados HEDIS. Presentado en diciembre de 2004. (en CD y papel)
143. Rullán, J. (2004). Calidad de Servicios de Salud en el Plan de Salud del ELA: Resultados de Tres Evaluaciones. Presentado por el Secretario de Salud, 13 de diciembre de 2004.
144. Rullán, M. Propuestas para el mejoramiento de los indicadores de Salud Materno-Infantil en Puerto Rico.
145. Salud y Sanidad. Capítulos 20 y 31.
146. Sánchez, J. (2005, abr.). Propuesta para Mejorar los Indicadores de Salud Materno-Infantil en Puerto Rico.
147. Santiago, B. & Ortiz, N. (2005). Iniciativas MMA- Triple-S, Inc. Ante la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, 6 de mayo de 2005.
148. Santiago, S. & Albizu, C. (2003) Retos para la Salud Pública de la Política de Drogas de Puerto Rico.
149. Santiago, S. Perspectivas sobre modelos de justicia criminal y abuso de drogas.
150. Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico por área. ASES.
151. Servicios de Asesoría en Salud Inc. Informe de resultados del estudio de la resolución del Senado Núm. 53 de enero de 2001. Presentado a la Comisión de Salud y Asuntos ambientales del Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, mayo, 2002.
152. Sociedad de Médicos Graduados (2003, jun.) Educación Médica Post graduada- Problemas y Acciones Sugeridas. Comité de Educación Médica: Escuela de Medicina de la UPR.
153. State Health Workforce Profiles
154. Statement before the Health System Evaluation Commission/ Pharmaceutical Industry Association of Puerto Rico, April 23, 2005.

155. Taller para Análisis del Sector de Salud en Puerto Rico. Organización Panamericana de la Salud, 2004.
156. University of Wisconsin. Report of the Evaluation Group to the Senate of the Commonwealth of Puerto Rico on the Development of a Universal Health System and on the Steps for the improvement of Health Services.
157. University of Minnesota, School of Public Health (2004, June) State Health Access Profile: A Chart book of Health Care Access Indicators for Status (CSHADAC).
158. Uso de la Base de Datos para la Planificación de Salud. Departamento De Salud, 2003.
159. Vázquez, E. Evaluación de Sistemas de Salud Fuera de Puerto Rico.
160. Vistas Públicas – Mayagüez. Preparado por Yomaraly Molina González. Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de PR; 23 de abril de 2005.
161. Villamil, J. (2005). El Sistema de Salud y la Economía. Estudios Técnicos, Inc. Presentado el 11 de abril de 2005.
162. Villarini, A. Perspectiva Ética De Carácter Humanista, Crítica y Emancipadora. Presentación.
163. Williams, S. & Torrens, P. (1996). Introduction to Health Services. Fifth Edition.
164. XI Foro sobre Asuntos Relacionados con la Industria de los Servicios de Salud, Colegio de Contadores Públicos, 4 de febrero de 2005.